



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Markéta Sukovičová, DiS.

Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní
péče pro ataku pankreatitidy

Motivating patients to change their lifestyle after hospitalization at intensive care unit
for pancreatitis attack

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Daniela Srpová

Konzultant: MUDr. Tomáš Větrovský, Ph.D.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 14.05. 2020

Bc. MARKÉTA SUKOVIČOVÁ, DiS.

.....
Podpis

Identifikační záznam

Bc. Markéta Sukovičová, DiS. Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy. [Motivating patients to change their lifestyle after hospitalization at intensive care unit for pancreatitis attack]. Praha, 2020. 108 s., 9 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Daniela Srpová.

Abstrakt

MOTIVACE PACIENTŮ KE ZMĚNĚ ŽIVOTNÍHO STYLU PO HOSPITALIZACI NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE PRO ATAKU PANKREATITIDY

Úvod: Diplomová práce se zabývá motivací pacientů ke změně životního stylu po prodělané atace pankreatitidy.

Cíle: Cílem práce bylo analyzovat bariéry a motivátory ke změně životního stylu u pacientů po prodělané atace pankreatitidy.

Metody: Výzkumný soubor tohoto kvalitativního výzkumu tvořilo celkem dvacet probandů (sedm mužů a třináct žen) ve věku $45,15 \pm 12,41$ let. Analýza motivátorů ke změně životního stylu u probandů, kteří prodělali ataku pankreatitidy a byli těsně před propuštěním do domácího ošetřování z jednotky intenzivní péče ve fakultní nemocnici v Praze, probíhala na základě polostrukturovaných rozhovorů, které s nimi byly vedeny. Rozhovory byly se souhlasem pacienta nahrávány pro účely následné transkripce a analýzy.

Výsledky: Mezi hlavní bariéry při změně životního stylu po atace pankreatitidy patří strach z budoucnosti, pocit viny, svádění viny na druhé lidi, pocit selhání, samoty a odloučení, citová netečnost vůči blízkým lidem; velká pracovní vytíženost, neustálý spěch, nedostatek času na sebe i ostatní členy rodiny, strach z opětovného začlenění do společnosti; špatné stravovací návyky, nedostatek pohybové aktivity, závislost na alkoholu či drogách a ignorace léčby jako takové. Mezi hlavní motivátory při změně životního stylu po atace pankreatitidy patří samotné odhodlání pacientů k životní změně – úprava jídelníčku, pohybových návyků a aktivit, úprava pracovní doby či změna zaměstnání; pocit jistoty, bezpečí a naděje; pomoc rodiny a přátel nejbližších; snaha o prodloužení života, budování rodiny či starání se o ní a vidina nového životního začátku.

Závěr: Přestože se v rámci výzkumného souboru vyskytovali probandi z různých sociálních zázemí, bylo v jejich bariérách a motivátorech možné nalézt určité trendy, ať již v rámci vnímání jejich budoucnosti, vytíženosti, životního stylu, motivace, či v rámci jejich vnímání emocí, pocitů a interakce se společností, která je obklopuje.

Klíčová slova: aspekty kvality života, hospitalizace, pankreatitida, životospráva

Abstract

MOTIVATING PATIENTS TO CHANGE THEIR LIFESTYLE AFTER HOSPITALIZATION AT INTENSIVE CARE UNIT FOR PANCREATITIS ATTACK

Introduction: This diploma thesis focuses on the motivation of patients to change their lifestyle choices and habits after they suffered an acute pancreatitis.

The aim: The aim of this thesis was to analyse the barriers and motivators to change their lifestyle patients after they suffer an acute pancreatitis.

Methods: The research group of this qualitative study consisted of twenty probands (seven male and thirteen female) aged $45,15 \pm 12,41$. The analysis of aspects motivating them to change their lifestyle after an acute pancreatitis was conducted right before they were released from intensive care in a faculty hospital in Prague into aftercare at their homes. The analysis was conducted through semi-structured interviews. The interviews were recorded with the patient's permission in order to be transcribed and analyzed later on.

Results: The main barriers to lifestyle change after pancreatitis attack are fear of the future, feeling guilty, seducing guilt on others, feeling sick, loneliness and separation, emotional inertia towards loved ones; feel overworked, constant rush, lack of time for yourself and for other family members, fear of reintegration into society; bad eating habits lack of physical activity, alcohol or drug addiction and ignorance toward the treatment itself. The main motivators in changing lifestyle after pancreatitis attack is the patient's commitment to life chase itself – adjustment of the food diet, movement habits and activities, working time regulation or possibility of job change; a sense of security, safety and hope; help from family and closest friends; endeavor to prolong life, build or care for a family, and the vision of a new life beginning.

Conclusion: Although there were probands from different research groups of social background, it was possible to be found in their barriers and motivators certain trends, both within the perception of their future, lifestyle, motivation, or within their perception of emotions, feelings and interaction with the company that surrounds them.

Keywords: aspects of quality of life, hospitalization, pancreatitis, lifestyle, habits

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Janě Heczkové, Ph.D., vedoucí diplomové práce paní Mgr. Daniele Srpové a panu MUDr. Tomáši Větrovskému, Ph.D. za ochotu, připomínky a cenné rady, kterými přispěli při psaní této diplomové práce.

Obsah

1. ÚVOD	9
2. ANATOMIE A FYZIOLOGIE SLINIVKY BŘÍŠNÍ.....	11
3. ETIOLOGIE AKUTNÍ PANKREATITIDY	13
3.1. EPIDEMIOLOGIE AKUTNÍ PANKREATITIDY	13
3.2. ROZDĚLENÍ PANKREATITID	14
3.2.1. <i>Akutní pankreatitida</i>	14
3.2.2. <i>Akutní biliární pankreatitida</i>	15
3.2.3. <i>Nekrotizující pankreatitida</i>	15
3.2.4. <i>Idiopatická pankreatitida</i>	16
3.2.5. <i>Chronická pankreatitida</i>	16
3.2.6. <i>Alkoholická pankreatitida</i>	16
3.3. PŘÍZNAKY A PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....	16
3.4. DIAGNOSTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY	17
3.5. DEFINICE ZÁVAŽNOSTI AKUTNÍ PANKREATITIDY	18
3.5.1. <i>Lehká akutní pankreatitida</i>	18
3.5.2. <i>Středně těžká akutní pankreatitida</i>	18
3.5.3. <i>Těžká akutní pankreatitida</i>	18
3.5.4. <i>Formy postižení akutní pankreatitidy</i>	19
3.6. SKÓROVACÍ SYSTÉMY V INTENZIVNÍ PÉČI – AKUTNÍ PANKREATITIDA.....	19
3.7. LÉČBA AKUTNÍ PANKREATITIDY	20
3.8. KOMPLIKACE AKUTNÍ PANKREATITIDY	21
3.9. VÝŽIVA U AKUTNÍ PANKREATITIDY	23
3.10. PARENTERÁLNÍ A ENTERÁLNÍ VÝŽIVA U AKUTNÍ PANKREATITIDY	24
3.10.1. <i>Parenterální výživa</i>	24
3.10.2. <i>Enterální výživa</i>	24
3.10.3. <i>Využití enterální a parenterální výživy v praxi</i>	25
3.11. DIETNÍ OPATŘENÍ	25
3.11.1. <i>Dietní opatření u akutní pankreatitidy</i>	25
3.11.2. <i>Dietní opatření u chronické pankreatitidy</i>	26
3.12. PREVENCE AKUTNÍ PANKREATITIDY	27
4. KVALITA ŽIVOTA.....	28
4.1. POJEM KVALITA ŽIVOTA	28
4.2. DEFINICE KVALITY ŽIVOTA	29
4.3. MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	29
4.4. NÁSTROJE KVALITY ŽIVOTA	30
4.5. HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	31
4.6. HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ PO HOSPITALIZACI NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE PO PRODĚLANÉ PANKREATITIDĚ	32
5. ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA	35
5.1. MOTIVACE.....	35
5.2. ZDRAVÍ	36

5.3.	ŽIVOTNÍ STYL	37
5.3.1.	<i>Zdravý životní styl</i>	38
5.4.	SLOŽKY ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU	38
5.4.1.	<i>Zdravé stravování</i>	38
5.4.2.	<i>Aktivní životní styl</i>	38
5.4.3.	<i>Zvládání stresu</i>	38
5.4.4.	<i>Vztah k sobě samému</i>	39
5.4.5.	<i>Životní rovnováha</i>	39
6.	PRAKTICKÁ ČÁST	40
6.1.	REŠERŠNÍ STRATEGIE.....	40
6.2.	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
6.3.	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	43
6.4.	KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	43
6.5.	VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	43
6.6.	VÝZKUMNÝ VZOREK A JEHO SPECIFIKACE.....	44
6.7.	VÝZKUMNÁ METODA	46
6.8.	SBĚR DAT.....	46
6.8.1.	<i>Postup a metodika sběru dat</i>	47
6.8.2.	<i>Otevřené kódování</i>	47
7.	ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT A JEJICH INTERPRETACE	50
7.1.	KATEGORIE „ONEMOCNĚNÍ“	51
7.2.	KATEGORIE „PSYCHICKÉ ROZPOLOŽENÍ“	54
7.3.	KATEGORIE „VLASTNÍ PŘÍSTUP“	56
7.4.	KATEGORIE „PŘÍSTUP OKOLÍ“	62
7.5.	KATEGORIE „ŽIVOTNÍ STYL“	64
7.6.	KATEGORIE „PLÁNY“	71
8.	DISKUSE	74
8.1.	LIMITUJÍCÍ FAKTORY VÝZKUMU.....	77
9.	ZÁVĚR.....	79
10.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	81
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A ZNAKŮ	90
	SEZNAM TABULEK.....	92
	SEZNAM OBRÁZKŮ	92
	SEZNAM GRAFŮ	92
	SEZNAM PŘÍLOH.....	93

1. Úvod

V diplomové práci se zaměřuji na problematiku onemocnění slinivky břišní (*pankreas*), jeho dopad na životní styl a kvalitu života pacienta.

Akutní pankreatitida je mnohdy spojována s nesprávným dodržováním životního stylu, a to především s konzumací alkoholu, nesprávnou životosprávou, kouřením či stresem.

Onemocnění slinivky břišní se může projevit lehkou formou zánětu, postupně přejít až do středně těžkého stavu, který se může změnit ve velmi těžkou a závažnou formu zánětu, kdy je nemocný člověk ohrožen na životě.

Kvalita života a životní styl pacienta s onemocněním slinivky břišní je nejčastěji probíraným tématem, s nímž se setkáváme v klinické praxi. Jedná se o poměrně časté a zároveň velice závažné onemocnění. Akutní pankreatitida je natolik vážné onemocnění, že může skončit i úmrtím.

V teoretické části práce popisuji příčiny vzniku onemocnění, diagnostiku, průběh a léčbu onemocnění. Dále se zabývám kvalitou života v souvislosti s akutním zánětem slinivky břišní.

První zmínku o kvalitě života zaznamenáváme již ve dvacátých letech dvacátého století, kdy hlavní spojitost s tímto pojmem sehrála rostoucí ekonomika, úloha státu a její materiální podpora nižších společenských vrstev. První celonárodní šetření kvality života obyvatelstva proběhlo v sedmdesátých letech dvacátého století. Výsledkem tohoto šetření byl vývoj ukazatelů pro hodnocení kvality života lidí.

Kvalita života je v dnešní době jedním z nejpoužívanějších pojmů v medicíně zaměřující se především na oblast fyzickou, psychickou a sociální. Díky tomuto současnému trendu, který se zabývá kvalitou života člověka, objevujeme nové a důležité poznatky, jako např. fyzický stav, psychický stav, sociální a rodinné zázemí, ale i celkový zdravotní stav. Veškeré tyto poznatky jsou velmi důležité nejen pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, ale i pro samotného pacienta během hospitalizace.

Téma „Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy a kvalita života pacienta po odeznění akutního zánětu slinivky břišní“ jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o problematiku tohoto onemocnění. Akutní pankreatitida je velice závažné, až život ohrožující onemocnění, které často postihuje pacienty ve středním věku. Výjimku netvoří ani mladí lidé. Prognóza těžké akutní pankreatitidy bývá v mnoha případech velmi nepříznivá. Kvalitu života pacientů

s tímto onemocněním výrazně ovlivňuje nejen přístup zdravotnického personálu (lékaři, všeobecné sestry), rodiny pacienta, ale i samotný přístup pacienta k jeho onemocnění.

V diplomové práci se formou kvalitativního výzkumu prováděného pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty snažím zjistit, zda a jak vnímají nutnost nezbytné úpravy svého životního stylu v návaznosti na prodělanou ataku akutní pankreatitidy. Zjišťovala jsem, které motivátory a bariéry jsou pro ně bezprostředně po hospitalizaci zásadní a vedou je ke změně jejich životního stylu. V souvislosti s tím jsem se ale také zajímala o jejich stravovací návyky, životosprávu, motivátory a bariéry kvality života, životního stylu, vlastního způsobu života, sociální, rodinné a pracovní pohody před vznikem AP. Sledovala jsem a zaznamenávala příčiny vedoucí ke vzniku onemocnění a také důvody, které pacienty vedly k tomu, že vyhledali pomoc lékaře. Dále se zabývám tím, co bylo hlavním spouštěcím faktorem vzniku onemocnění (stres, alkoholismus, kouření, nesprávná životospráva, nedostatek pohybu a spánku, náročná povolání ve směnném provozu)? Velmi důležitým bodem je rovněž pacientova motivace k probíhající léčbě nejen v době samotné hospitalizace, ale i dále po propuštění do domácí péče, kde je nutné změnit způsob svého dosavadního životního stylu.

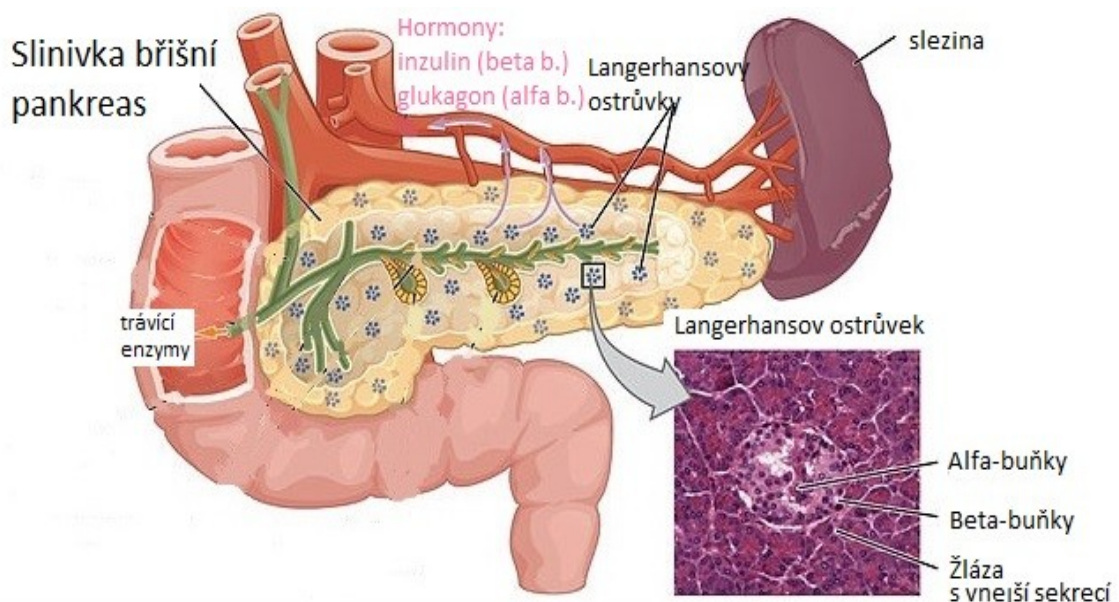
V empirické části práce se zabývám zpracováním výsledků z vlastního kvalitativního výzkumu realizovaného formou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty hospitalizovanými pro ataku pankreatitidy.

2. Anatomie a fyziologie slinivky břišní

„Slinivka břišní neboli pankreas, je žláza s vnitřní i vnější sekrecí, která je uložena za žaludkem a řadíme ji k trávicímu ústrojí.“ Slinivka břišní je dlouhá asi 12-16 cm a váží kolem 60-90 g. Slinivka břišní obsahuje exokrinní a endokrinní žlázu, kdy exokrinní žláza své natrávené enzymy vylučuje pomocí vývodů do duodena a endokrinní žláza produkuje hormony Langerhansonovými ostrůvky. „Je protáhlého tvaru a dělíme ji na 3 základní části – hlavu (caput), tělo (corpus) a ocas (cauda).“ (Dylevský, Orel, 2009).

Vývody slinivky břišní jsou Ductus pancreaticus, který je hlavním vývodem pankreatu o průměru 2-3 mm a Ductus pancreaticus accessorius, což je přídatný vývod slinivky břišní.

Obrázek 1 – Slinivka břišní (pankreas) – anatomie



Zdroj: Gregorová (2018).

Buňky slinivky břišní obsahují a zároveň vylučují enzymy a proenzymy. Pro štěpení bílkovin je velice důležitý trypsinogen a chymotrypsinogen. Pro štěpení škrobů a cukrů produkuje slinivka břišní amylázu a pro štěpení tuků je důležitá produkce lipázy (Křivánková, Hradová, 2009).

Slinivka břišní zajišťuje endokrinní a exokrinní funkci. Kdy endokrinní funkce má vnitřně sekretorickou část, kterou představují Langerhansovy ostrůvky. Ty jsou rozseté po celém pankreatu v počtu 1,5 milionu a jsou tvořeny alfa a beta buňkami. Z nich se pak do krve uvolňují hormony, které ovlivňují látkovou přeměnu cukrů. Beta buňky produkují hormon inzulin, který je důležitý pro snižování hladiny cukru v krvi. Alfa buňky vytváří hormon

glukagon, který naopak zvyšuje hladinu cukru v krvi. Je-li inzulin tvořen v nedostatečné míře, hladina cukru v krvi se zvyšuje a dochází k velmi závažnému onemocnění – cukrovce (diabetes mellitus) (Merkunová, Orel, 2009).

Exokrinní funkci slinivky břišní zajišťuje pankreatická šťáva, která obsahuje trávicí enzymy (trypsin, pankreatická amyláza, pankreatická lipáza, bikarbonáty). Trypsin je enzym, který štěpí bílkoviny a aktivuje se ve dvanáctníku. Pankreatická amyláza je velice důležitá pro štěpení škrobů na jednoduché cukry, které jsou dále štěpeny na glukózu. Pankreatická lipáza se aktivuje žlučí a štěpí tuky na glycerol a mastné kyseliny. Bikarbonáty neboli hydrogenuhličitany mají uplatnění při udržení acidobazické rovnováhy (Merkunová, Orel, 2009; Rokyta, 2015).

3. Etiologie akutní pankreatitidy

V dnešní době se stále vedou diskuse o tom, co je přesným spouštěcím faktorem vzniku onemocnění slinivky břišní. Během dlouhodobého zkoumání onemocnění byly rozpoznány různé rizikové faktory, které mohou vést k rozvoji onemocnění. Většina literatury uvádí, že 10-30 % onemocnění slinivky břišní je neznámé příčiny (Vodička a kol., 2014; Hrubant, 2007; Hvozdičková, Stolinská, 2011).

Akutní zánět slinivky břišní je onemocnění, které je způsobeno mnoha faktory. Dělíme je na tři hlavní typy a to biliární (50-60 %), alkoholická (20-40 %) a idiopatická. Dalšími příčinami vzniku onemocnění mohou být traumata, poškození při operačním výkonu, po provedení ERCP po aplikaci léků, metabolické poruchy, hormonální poruchy, nádory, genetické mutace a mnoho dalších příčin, které zařazujeme do čtvrté kategorie. Tyto kategorie označujeme jako vzácné příčiny akutního zánětu slinivky břišní (Vodička a kol., 2014; Hrubant, 2007; Hvozdičková, Stolinská, 2011).

3.1. Epidemiologie akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida je i na začátku třetího tisíciletí velmi závažným onemocněním. Jeho incidence stále stoupá nejen díky vzrůstající spotřebě alkoholických nápojů, ale i kvůli nevhodnému stravování (mastná a tučná jídla, nepravidelné stravování). Nemocní s AP jsou často hospitalizováni na JIP chirurgických odděleních a letalita těžkých forem se pohybuje podle údajů v různých studiích v rozmezí 15-50 % (Navrátil, 2008; Pafko, 2008).

Díky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR – ÚZIS byla zjištěna incidence AP v České republice, kdy od roku 2015 do roku 2017 jsou v posledním sloupci uvedena definitivní čísla pacientů s AP nebo s AP způsobenou alkoholem. Zatím pro rok 2018 nejsou vydány a evidovány počty pacientů s akutní pankreatitidou (viz tabulka 1).

Tabulka 1 – Datové rozhraní Národního registru hrazených zdravotních služeb (DR NRHZS)

Data NRHZS 2015-2017		
Rok	Počet pacientů s K85.8, K85.0 – Jakkoli vykázáno	Vykázána hlavní diagnóza
2015	72 946	65 766
2016	75 428	70 859
2017	66 949	62 285
2018	–	–

Zdroj: ÚZIS ČR, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2017)

3.2. Rozdělení pankreatitid

3.2.1. Akutní pankreatitida

Berkeley Moynihan prohlásil o akutní pankreatitidě následující: „*Akutní pankreatitida je nejhorší ze všech kalamit, které se mohou přihodit v souvislosti s nitrobršími orgány. Bůh umístil slinivku břišní v těle hodně dozadu, protože nechtěl, aby na ni chirurg sahal.*“ (Schein, Rogers, 2011)

Akutní pankreatitida je velice náhlé, závažné až život ohrožující, většinou neinfekční zánětlivé onemocnění slinivky břišní, které může poškodit i další okolní orgány a systémy. Akutní pankreatitidu rozdělujeme na lehkou a těžkou pankreatitidu. Lehkou formu AP charakterizujeme pozvolným průběhem (Tenner, Baillie, DeWitt, Vege, 2013). Jejím morfologickým projevem je edém a zánětlivá celulizace pankreatu. Těžká forma pankreatitidy je definována vznikem lokálních komplikací např. pseudocysta, nekróza, absces. Ojediněle se může objevit orgánová dysfunkce. Morfologicky ji definujeme jako nekrotizující zánět (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

Nejčastější příčinou AP je alkohol, stav po endoskopickém výkonu – ERCP a žlučové kameny (tzv. biliární pankreatitida). Dále sem můžeme zařadit hyperkalcémii, úrazy pankreatu, infekce (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

Akutní pankreatitidu dále rozdělujeme na komplikovanou nebo nekomplikovanou. Podle patologicko-anatomické morfologie rozdělujeme pankreatitidu na edematózní či hemoragicko-nekrotizující (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

3.2.2. Akutní biliární pankreatitida

Akutní biliární pankreatitida je poměrně velice častou komplikací cholelithiázy, kdy ve vyústění ductu choledochu a Wirsungova vývodu na Vaterově papile duodena může dojít k zaklínění konkrementu. Při průchodu kamene do duodena vzniká přechodná nedostatečnost Oddiho svěrače a následně tak dochází k návratu žluče ze žlučových cest do pankreatických vývodů. Tím dochází k přetlaku, kdy se aktivují pankreatické enzymy uvnitř slinivky, což vede k samonatrávení. Biliární etiologie je častější u žen středního věku než u mužů (Hrubant, 2007).

Akutní biliární zánět pankreatitidy je většinou způsoben nadměrným konzumováním delikates, které právě stimulují všechny trávicí procesy. Většinou se jedná o masné maso, sycené nápoje, alkohol, smaženého jídlo. (Krechler, 2007)

Tato delikatesní strava je příčinou počátečního pohybu konkrementů ve žlučníku, a tím dochází k zanesení jeho kanálků. Mnoho pacientů se žlučovými kameny nebo jeho chronickým průběhem onemocnění musí zásadním způsobem dodržovat dietu, aby se dalo vyhnout rozvoji akutní biliární pankreatitidy. (Hrubant, 2007)

Léčba akutní biliární pankreatitidy vyžaduje včasnou komplexní léčbu. Ta by se měla skládat ze dvou fází: pankreatická dieta a léky. Léčba by měla být přímo zaměřena na snížení intenzity bolesti a snížení uvolňování pankreatických enzymů, množství žaludečních šťáv, kterou stimuluje pankreas (Krechler, 2007).

3.2.3. Nekrotizující pankreatitida

Nekrotizující pankreatitida je charakterizována difuzní nebo lokální přítomností nefunkčního pankreatického parenchymu, který je spojován s peripankreatickou nekrózou. Tuto závažnou AP s pankreatickou nebo peripankreatickou nekrózou nazýváme nekrotizující pankreatitida. Nekróza pankreatu se může objevit již během prvních dnů od počátku vzniku onemocnění. Ve 40-70 % případů se nekróza průběžně infikuje bakteriemi střevního původu a je pak označována za infikovanou nekrózu. Pravděpodobnost infekce závisí na rozsahu pankreatické nekrózy (Lata, Bureš, Vaňásek, 2010).

3.2.4. Idiopatická pankreatitida

Idiopatická pankreatitida představuje asi 10-15 % všech chronických pankreatitid. Nemocní, kteří trpí touto formou chronické pankreatitidy, mají nízkou hladinu toxicity pro alkohol. Idiopatickou pankreatitidu můžeme rozdělit na dvě formy – juvenilní a senilní. V naprosté většině začíná v dětství a základním hlavním příznakem je bolest. Senilní typ se poprvé projevuje u osob starších 65 let a příznaky jsou velmi nevýrazné (Dujsíková, Dítě, Tomandl a kol., 2008).

3.2.5. Chronická pankreatitida

Chronická pankreatitida je onemocnění, které v posledních letech zaznamenává vzestup incidence. Incidence chronické pankreatitidy v České republice je 7,9 % na 100 000 obyvatel (Frič, 2009).

Chronická pankreatitida je z hlediska etiopatogeneze velmi pestrá. Hlavní příčinou vzniku chronické pankreatitidy je nadměrná konzumace alkoholu. Mezi další rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku chronické pankreatitidy je např. hyperlipidemie, četné virové infekce, chronické požívání léků (analgetika, thiazidy, prednison), ale také stavy provázené zvýšenou hladinou vápníku v krvi. Další příčinou vzniku chronické pankreatitidy jsou biliární choroby (Houska a kol., 2011).

3.2.6. Alkoholická pankreatitida

Alkoholická pankreatitida je v dnešní době nejčastější příčina chronické pankreatitidy. Alkohol působí na slinivku břišní celkově, a tak představuje kombinaci neurohumorálních vlivů a přímého toxického efektu. Důsledkem je zvýšený parasympatický tonus a zvýšená tvorba pankreatického sekretu za normálních podmínek. U těchto pacientů je zjištěn abúzus alkoholu a zvýšený příjem potravin s vysokým obsahem proteinů, cukrů, tuků, ale i v kombinaci s kouřením (Houska a kol., 2011, Frič, 2009).

3.3. Příznaky a průběh onemocnění

Onemocnění AP se nejčastěji projevuje dlouhotrvající až nesnesitelnou bolestí břicha v oblasti nadbřišku (epigastria). V některých případech se bolest objevuje pod pravým žeberním obloukem nebo na levé straně břicha (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos, 2016). Bolest může někdy dojít až do takové míry, že vystřeluje i do jiných míst, jako např. do zad nebo mezi lopatky. Problém s diagnostikování onemocnění bývá, když pacient udává bolesti na hrudi, které se mohou zaměnit s bolestí při infarktu myokardu. Vzácně se však mohou tyto dvě onemocnění vyskytnout současně. V průběhu AP někdy dochází k poruše kardiovaskulárního systému, které se projevuje změnou srdečního rytmu,

kontrakility srdečního svalu a poruchou periferních cév (Špinar a kol., 2008; Vodička a kol., 2014; Houska a kol., 2011).

Akutní pankreatitida je často spojována s metabolickými změnami, jako je např. nízká hladina draslíku v krvi (hypokalcémie), nízká hladina hořčíku v krvi (hypomagnesemie) nebo nízká hladina vápníku v krvi (hypokalcémie), díky kterým může vzniknout změna krevního oběhu a tím porucha hemodynamiky způsobující např. tachykardii (zvýšená srdeční frekvence), poruchy funkce plnění komor srdce atd. Také se mohou objevit změny na EKG křivce, které ukazují arytmiie (změny srdečního rytmu). Mezi další časté příznaky, které se mohou objevit, je horečka, třesavka, nevolnost až zvracení, kdy zvracení neustává. Při akutní biliární pankreatitidě se u pacienta může objevit ikterus (zažloutnutí kůže) s křečovitou až prudkou bolestí břicha. U pacienta postiženého těžkou formou onemocnění dochází k septickému stavu až k rozvoji šoku či oběhového selhání (Špinar a kol., 2008; Vodička a kol., 2014; Houska a kol., 2011).

3.4. Diagnostika akutní pankreatitidy

Prvním krokem diagnostiky onemocnění AP je zjištění anamnézy a zhodnocení klinického obrazu. Dalším vyšetřením je laboratorní vyšetření a dále vyšetření pomocí zobrazovacích metod (Vachek, Motáň, Zakiyanov, Hrnčířiková, Motáň, Ciferská, Tesař, 2018). Při zjišťování anamnézy pacienta je velmi důležitá osobní a rodinná anamnéza (charakter bolesti, teplota, zvracení, okolnosti vzniku nynějšího stavu ale i možnost výskytu onemocnění v rodině) a fyzikální vyšetření (poslech, pohled, pohmat, poklep, vyšetření per rectum) (Špičák a kol., 2008).

U laboratorního vyšetření je vyhodnocována hladina amyláz, která je vyšetřována z krevního séra a moči. Mimo amylázy se vyšetřuje hladina sérové lipázy. Z krevního odběru je také možné vyhodnotit hladinu leukocytů, C-reaktivního proteinu – CRP (tzv. ukazatel zánětu), glukózu, vápník, draslík, sodík, chloridy, hladiny bilirubinu a jaterní testy, které posuzují, jestli se jedná o biliární, či nebiliární pankreatitidu (Malina, Cejp, Jabor, 2012). Pro lepší kontrolu možného postižení orgánů je prováděn odběr, který zjišťuje správnost ledvinných funkcí, krevních plynů, albuminů a celkové bílkoviny (Špinar a kol., 2008; Vodička a kol., 2014; Houska a kol., 2011).

První volbou ze zobrazovacích metod je zpravidla nativní RTG snímek břicha, díky kterému můžeme vyloučit např. ileózní stav (neprůchodnost střev). Dále vyšetřujeme pacienta pomocí ultrazvukového vyšetření břicha, které nebývá vždy přínosné pro zhoršenou viditelnost, kvůli plynatosti pacienta, ale mnohdy nám může pomoci odlišit akutní pankreatitidu způsobenou alkoholem od akutní pankreatitidy biliární při zhodnocení stavu žlučníku a žlučovýchodů (Navrátil a kol., 2008). Nejdůležitějším vyšetřením, které je velice

zásadní, je CT pankreatu (výpočetní tomografie), které nám velice přesně popíše rozsah postižení slinivky břišní, mimo jiné i nálezu tekutinových kolekcí, nekróz, abscesů, či pseudocyst. Pro biliární pankreatitidu je velkým přínosem endosonografické vyšetření k průkazu žlučového kamene ve žlučníku nebo žlučových cestách (Špičák a kol., 2008).

Dalším, velmi důležitým vyšetřením, je pak tzv. ERCP (endoskopicko-retrográdní cholangiopankreatografie), díky kterému zjišťujeme informace o žlučových a pankreatických cestách, které nám umožňují provedení terapeutického zákroku – extrakci (vytažení zaklíněného kamene), dilataci stenózy (roztážení zúžení se zavedením stentu) a toaletu (čištění žlučových cest). Novinkou v diagnostice je využití MR cholangiopankreatografie (MRCP, cholangiopankreatografie je vyšetření provedené na magnetické rezonanci), která je neinvazivní metodou s dobrou výtežností (Špičák a kol., 2008; Špinar a kol., 2008; Vodička a kol., 2014; Houska a kol., 2011).

3.5. Definice závažnosti akutní pankreatitidy

Přetrvávající orgánové selhávání je hlavním a zásadním problémem AP. Proto tedy rozlišujeme tři formy pankreatitidy – lehká, středně těžká a těžká akutní pankreatitida.

3.5.1. Lehká akutní pankreatitida

Lehkou AP definujeme, jako absenci orgánového selhávání a absenci lokálních nebo systémových komplikací. V těchto případech u lehké AP není vyžadováno provedení kontrastního CT pankreatu. Mortalita tohoto onemocnění je velmi vzácná (Petrov, Windsor, 2010; Vege, Gardner, Chari a kol., 2009).

3.5.2. Středně těžká akutní pankreatitida

Středně těžkou AP charakterizujeme přítomností částečného orgánového selhávání nebo lokálních či systémových komplikací. *„Středně těžká AP může probíhat jako přechodné orgánové selhávání nebo akutní tekutinová peripankreatická kolekce, ale také jako rozsáhlá nekróza bez orgánového selhání. V každém případě je mortalita středně těžké AP mnohem nižší než u pankreatitidy těžké.“* (Petrov, Windsor, 2010; Vege, Gardner, Chari a kol., 2009).

3.5.3. Těžká akutní pankreatitida

Těžkou formu AP charakterizujeme chronickým orgánovým selháváním. Při této formě AP může dojít k rozvoji SIRS. Může se objevit selhání jednoho i více orgánů. Zejména v prvních několika dnech je orgánové selhání u AP *„zatíženo 36-50% mortalitou. Rovněž velmi vysokou mortalitou jsou zatíženi pacienti s těžkou AP při rozvoji infekce*

pankreatické, a nebo peripankreatické nekrózy.“ (Petrov, Windsor, 2010; Vege, Gardner, Chari a kol., 2009).

3.5.4. Formy postižení akutní pankreatitidy

Dělení AP rozlišuje čtyři formy postižení žlázy. První forma AP je akutní tekutinová kolekce, která provází těžkou formu onemocnění. Tekutinu můžeme lokalizovat ve žláze nebo jejím okolí. Druhou formou je pankreatická nekróza. Ta může mít lokální nebo difúzní odumření pankreatického parenchymu. Je typicky spojená i s pankreatickou tukovou nekrózou. Třetí forma AP je akutní pankreatická pseudocysta, což je kolekce tekutiny v dutině. Poslední, čtvrtou formou AP, je absces pankreatu. Jedná se o ohraničenou kolekci, kdy jde o infekční kolekci tekutiny v dutině pankreatu, která obsahuje i nekrotickou tkáň pankreatu (Petrov, Windsor, 2010; Vege, Gardner, Chari a kol., 2009).

3.6. Skórovací systémy v intenzivní péči – akutní pankreatitida

V intenzivní péči se setkáváme se skórovacími systémy, které nám slouží k popisu závažnosti stavu onemocnění, náročnosti péče o pacienta a k porovnání diagnostických a léčebných postupů. Skórovací systémy jsou velmi důležité pro sledování kvality poskytnuté péče (Adamus a kol., 2010; Kapounová, 2007; Zadák a kol., 2007).

Ransonovo kritérium (příloha č. 1) je postaveno na hodnocení 11 bodů. Prvních 5 bodů hodnotíme ihned po přijetí pacienta na monitorované lůžko a poté každých 6 hodin po dobu 48 hodin od přijetí. Pokud je součet větší jak 3 body v průběhu 48 hodin od přijetí, svědčí to o rychlém průběhu AP. Čím vyšší skóre, tím vyšší mortalita (Kapounová, 2007; Zadák a kol., 2007).

Glasgowské schéma (příloha č. 3) je výsledkem modifikace Ransonova schématu. Do 48 hodin od přijetí pacienta hodnotíme 8 bodů. Při skóre, které je vyšší než 3 body, poukazuje na špatnou prognózu (Adamus a kol., 2010; Kapounová, 2007; Zadák a kol., 2007).

APACHE II skóre (příloha č. 2) nám umožňuje stanovit závažnost onemocnění pomocí hodnot, které ukazují, zda se jedná o mírnou či těžkou formu AP. Mezi tyto hodnoty patří věk, chronické onemocnění, TT, SAT (střední hodnota krevního tlaku během jednoho srdečního cyklu), P, DF, FiO₂, pO₂, art. pH, plazmatických hodnot Na, K, kreatinin, Ht, Leu, GCS, HCO₃ (Adamus a kol., 2010; Kapounová, 2007; Zadák a kol., 2007).

Balthazarovo skóre (příloha č. 4) spočívá v hodnocení nativního CT obrazu a CT obrazu s kontrastní látkou. Infekce a mortalita kritérií A až C je poměrně nízká, ale body D a E

skóre nad 7 svědčí pro těžkou pankreatitidu. Mezi další, i když málo známé a používané, patří tzv. multifaktoriální skórovací systémy, jako je CTSI (computer tomography severity index), MOFS (multiple organ system failure) a SAPS (simplified acute physiology score). Systém CTSI používá k prognóze onemocnění CT, kdy se jedná o desetibodový skórovací systém, který hodnotí stupeň pankreatického a peripankreatického zánětu (0-2 body), přítomnost a počet peripankreatické kolekce tekutiny (0-2 body), a také přítomnost i stupeň kontrastu nebo nekrózy (0-6 bodů). Skóre MOFS je založené na možném vzniku orgánových komplikací, jako kardiovaskulárních, plicních, renálních, neurologických, hematologických, jaterních a gastrointestinálních, kdy jejich součet kolísá od 0 do 7 (Adamus a kol., 2010; Kapounová, 2007; Zadák a kol., 2007).

3.7. Léčba akutní pankreatitidy

Léčba AP se odvíjí podle toho, o jakou formu pankreatitidy se jedná. Terapie lehké formy AP, důkladně dbá na dostatečně vyvážený příjem a výdej tekutin a na kontrolu fyziologických funkcí pacienta. Pacienti jsou většinou hospitalizováni pouze na standardním oddělení, kde jim jsou intravenózně doplňovány tekutiny a ionty (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013). Samozřejmě při bolestech jsou indikována a aplikována analgetika (léky tlumící bolest) dle ordinace lékaře. Jakmile přestanou být obtíže, dojde ke zlepšení laboratorních hodnot, ustoupí bolesti, tak mohou pacienti začít pozvolna přijímat potravu ústy (Bortolotti, Saulnier, Colling a kol., 2014).

Pacienti s těžkou formou pankreatitidy musí být neodkladně hospitalizováni na jednotce intenzivní péče s maximální možnou dostupnou péčí. Základní postup pro terapii (doplňování tekutin a živin, kontrola životních funkcí, léčba bolesti) je stejný, ale více intenzivnější. Tekutiny by měly mít obrat více než 6 l/den. Při bolestech se používají kontinuální (trvalé) epidurální (aplikace do oblasti páteře) analgetika a standardně měříme hladinu nitrobřišního tlaku, který nám pomáhá odhalit včasný záchyt celkového selhávání organismu (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013). Pokud dojde k postižení i jiných orgánů, je velice důležitá jejich podpora, např. pomocí kyslíkové terapie či umělé plicní ventilace (Bortolotti, Saulnier, Colling a kol., 2014; Stigliano, Sternby, de Madaria, Capurso, Petrov, 2017).

Dále velký důraz klademe na časně zahájení enterální výživy, při které nedochází k aktivaci slinivky (a tím k jejímu dráždění) a zároveň udržuje pohyblivost tenkého střeva, kdy zachovává střevní bariéru (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013). Při velmi těžkém průběhu AP, nekróze nebo při extrémně vysokých hodnotách CRP (ukazatel zánětu) je nejlepší terapií preventivně podávat antibiotika. Další možnost léčby je endoskopická nebo

chirurgická léčba biliární AP, pokud neobstojí klasická terapie (Stigliano, Sternby, de Madaria, Capurso, Petrov, 2017).

Vyšetření ERCP patří mezi léčebné metody, které se užívají u biliární pankreatitidy, kdy je nezbytně nutné uvolnit obturované žlučové cesty např. implantováním stentu. Akutní ERCP (zpravidla do 24-48 hod. od přijetí) je indikováno při jasně prokázané biliární pankreatidě, která způsobuje obstrukci žlučových cest s přítomnou cholangitidou. Pokud je pacient nestabilní, a tudíž není schopen podstoupit ERCP, je indikována perkutánní transhepatická drenáž (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

V ojedinělém případě stádia AP, patří i chirurgické řešení, které patří mezi léčebné postupy, jako je např. perforace střeva, nekróza pankreatu či krvácení do dutiny břišní nebo abdominální kompartment syndrom, kdy pouze samotná přítomnost pankreatických nekroz, není indikací k chirurgickému zásahu (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

3.8. Komplikace akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida probíhá současně s pankreatickými změnami, konkrétně nekrózami a díky tomu bývá často infikována. Infekce zhoršuje další průběh tohoto onemocnění a je podnětem pro chirurgickou léčbu. Infekce se může vyskytnout téměř všude a může vést cestou hematogenní, lymfogenní nebo přímou. Pankreatitida bývá způsobena i šířením infekce ze žlučových cest, ledvin a ze střeva (Trna, Kala, 2016).

Další komplikací, která se může objevit, je pankreatický absces, který se vytváří z kolekce tekutiny nebo subakutní pankreatické nekrózy. U nekrózy či abscesu můžeme pozorovat teploty, leukocytózu a bolesti břicha. Pomocí CT vyšetření zhodnotíme a posoudíme diagnostiku s anatomicou souvislostí. Léčba abscesu spočívá v chirurgickém zásahu. Současně aplikujeme antibiotika, která musí být správně zvolena s účinností proti patogenům (Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016).

U AP se mohou objevit cysty, které komplikují toto onemocnění. Cysty vytváří tekutou směs pankreatického sekretu, která je ohraničená granulační nebo fibrózní tkání. Obsah cysty je čirý, bělavý nebo tmavě zbarvený, který se může při ruptuře znesterilnit. Velikostně v průměru dosahují až desítky centimetrů (Bezdičková, Slezáková, 2010; Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016). Vyskytují se nejen ve všech částech peripankreatického prostoru ale i v celém pankreatu. To doprovází tupá bolest v okolí břicha. Dalšími příznaky je např. úbytek na váze, nauzea, ileus, občasné i ikterus. Jedny z větších cyst mohou být na pohmat znatelné a mohou tak způsobovat tlak na trávicí trubici ve spojení bulbu a duodenu a vzácně i na jiných místech (Špinar a kol., 2008; Pafko, 2008; Lukáš, Žák a kol., 2007; Floreánová, Dítě, Kianička, Dovrtělová, Přecechtělová, 2014).

Alkoholickou pankreatitidu dále doprovází jako komplikace vnitřní píštěl. Vytváří se v menším pankreatickém vývodu. Píštěl může zasahovat do retroperitonea, peritonea, ale i mimo dutinu břišní, nejčastěji do pleurální dutiny (Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016). Diagnóza se stanoví vyšetřením peritoneálního ascitu, popřípadě vyšetřením pleurální tekutiny, kde zjistíme zvýšenou hladinu amyláz. Léčba je konzervativní. Je nutné vyloučit perorální příjem a je tedy nutné zavést nasogastrickou sondu. Pacient je převeden na totální parenterální výživu a aplikaci antisekretorik. Až teprve při neúspěchu konzervativní terapie, se přistupuje k chirurgické léčbě (Bezdičková, Slezáková, 2010; Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016).

Častou komplikací, která se objevuje do čtyř týdnů, je směs tekutin v pankreatickém okolí, která není ohraničená. Vzniká téměř u poloviny nemocných s AP. Ve většině případů se může proměnit v cysty (Špinar a kol., 2008; Pafko, 2008; Lukáš, Žák a kol., 2007; Floreánová, Dítě, Kianička, Dovrtělová, Přecechtělová, 2014).

Krvácení u AP se objevuje velmi vzácně. Může dojít k narušení cév a tím ke krvácení do retroperitonea, colon transversum, omentální burzy nebo přímo do pankreatu. Další komplikací je tvorba pseudoaneuryzmatu, které vzniká ze zánětlivých parametrů a způsobuje aktivování enzymů tak, že dochází k natrávení stěny velkých cév. Tím dojde ke krvácení do trávicí trubice, do cysty, omentálního vaku, peritonea i do pankreatických vývodů. Jedná se o velmi těžký stav s velmi špatnou prognózou. Při akutním krvácení se náhle zhorší bolesti v oblasti břicha, dojde k vzedmutí břicha a nastane hemoragický šok. Diagnostika se odvíjí dle klinického stavu. U silného krvácení je pak jediná možnost laparotomie (Schein, Rogers, 2011; Streitová, Zoubková, 2015).

V nejhorším případě, který může nastat, je přechod akutní formy pankreatitidy, do chronické. A právě toto nám ještě více ovlivňuje kvalitu života. Právě chronické onemocnění mění nejen životní styl člověka, ale musí se přizpůsobit nově vzniklým okolnostem nebo nové životní situaci. Člověk se i přes svou vůli nachází v jistých životních podmínkách a má omezenou možnost je ovlivnit a zasahovat do nich. Přizpůsobení se životnímu stylu nemocného, je výsledkem přizpůsobení se na změnu životních podmínek (Chrastina, Žiaková, Ivanová a kol., 2011). Na každém z nás je jen to, jak přijmeme nemoc, změnu v životním stylu a postavíme se k našemu životu (Chrastina a kol., 2012). Nemoc může měnit aktuální i dlouhodobější (chronické onemocnění) stav nemocného, jeho prožívání, sociální status a také ho nutí tvořit a využívat rozličné strategie, jak zvládat nemoc (Chrastina, Ivanová, 2010).

Také je velice důležité si uvědomit, jaké oblasti života nemocného jsou bezprostředně chronickou nemocí ohroženy. Řadíme sem ohrožení života a fyzické pohody, tělesné

integritu a jeho komfortu a mnoho dalších (Blatný a kol., 2010). Ohroženo je také sebepojetí nemocného a plnění určitých sociálních rolí (manžel, manželka, zaměstnanec). Hrozba se týká nejen životního cíle a plánů do budoucna, ale také vztahů s rodinou, přáteli a kolegy, schopnosti zůstat v důvěrně známém prostředí. Ohrožena je také i ekonomická stránka nemocného, kdy přes dlouhodobou pracovní neschopnost není schopen např. splácet hypotéku, a tak se může stát, že se zadluží (Chrastina, Žiaková, Ivanová a kol., 2011). Stává se, že nemocní mají tendenci uzavřít se do sebe a zároveň se tomu nepoddát. Zároveň se však musí ovládat, aby získali zpět svou duševní vyrovnanost.

Člověk, který trpí chronickým onemocněním, musí žít a žije přítomností. Budoucnost je pro přítomnost nejistá, problematická a každý se jí obává. Tudíž je velice důležité, aby nemocný byl dost aktivní a to i např. přes chronickou bolest spolupracoval v léčbě, dodržoval ji a věřil v lepší budoucnost (Hvozdičková, Stolinská, 2011).

„Chronické onemocnění svým průběhem a dopadem na život nemocného výrazně ovlivňuje jeho životní styl a kvalitu života.“ (Chrastina, Ivanová, 2010). Pro nemocného představuje náročnou životní situaci, která vede jak k pozitivním, tak i k negativním změnám v životním stylu (Chrastina, Žiaková, Ivanová a kol., 2011). *„Nemocný se snaží „sžít s nemocí“ a upravuje si nový způsob života vzhledem ke svým možnostem, schopnostem, dovednostem a přítomnosti nemoci tak, aby mu co nejvíce vyhovoval, mohl jej ovlivnit a dokázal jej dodržovat. Je nutné si uvědomit, že ne všechny aktivity životního stylu zde směřují k podpoře zdraví.“* *„Výsledný životní styl osoby s chronickým onemocněním je vymezen postojem k nemoci a jejím dopadům a adaptací životního stylu danou nemocí.“* (Chrastina, Ivanová, 2010).

3.9. Výživa u akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida je onemocnění, které má vysoké metabolické požadavky, tudíž je v léčbě tohoto onemocnění nezbytná nutriční výživa. Časné podávání výživy u pacientů s AP eliminuje možné infekční komplikace a současně se prognóza zlepšuje (Piňha, Poledne, 2009).

Pro AP a ostatní typy pankreatitid je v první fázi onemocnění omezen příjem tekutin perorálně a také je velice důležité dodržovat relativní klid na lůžku. Důležité pravidlo pro výživu pacientů s AP a ostatními pankreatitidami je, že výživa nesmí v žádném případě ovlivňovat exogenní sekreci pankreatu, která má pak vliv na samonatravení pankreatické tkáně. Dále je velmi důležité pokrytí energetické potřeby pro organismus, která přispívá ke snížení možného vzniku komplikací a podpory střevní peristaltiky (Kohout, Lišková, Mengerová, 2007; Machová, Kubátová a kol., 2009).

Na začátku onemocnění není možno přijímat tekutiny a pevnou stravu perorálně, proto je vše hrazeno aplikací tekutin intravenózně. Hypovolemie neboli snížení objemu obíhající krve, hradíme podáváním krystaloidů intravenózně až 2-5 l/den u lehké formy AP a 6-12 l/den u těžkých forem AP. Můžeme se ale setkat i s podáním koloidů, které podáváme jen ojediněle. Pokud se jedná o AP nebo chronickou pankreatitidu a její klinický průběh, pak je další indikací pro správné nutriční zatížení parenterální, enterální výživa, nebo pankreatická dieta (Piřha, Poledne, 2009; Grofová, 2007).

3.10. Parenterální a enterální výživa u akutní pankreatitidy

3.10.1. Parenterální výživa

Parenterální výživa nám plně hradí energetické potřeby organismu při těžké formě AP, kdy nedráždí exokrinní sekreci slinivky, ale je spojena s rizikem katéetrové sepse, možností atrofie střevní sliznice a vyššími náklady (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2012).

Parenterální výživu podáváme pacientovi pomocí periferního nebo centrálního žilního katétru, který zajišťuje aplikaci vody, cukrů, tuků, bílkovin, aminokyselin a vitamínů. Cukry jsou důležité pro krytí energetické potřeby z 50-55 %. U pacientů s AP je nutnost současného podávání inzulínu, který udržuje hladinu cukru v krvi (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2012).

Denní dávka podaných tuků je cca 30-35 % formou emulzí. Bílkoviny jsou při aplikaci PV hrazeny aminokyselinami. Při terapii AP s využitím totální PV je nutné dodávat vitamíny (např. Multibionta, Cernevit) a stopové prvky jako selen, zinek, měď (např. Tracutil) (Hvozdičková, Stolinská, 2011).

Aplikace PV probíhá ve dvou formách. Buď podáváme izolované složky, nebo je PV podávána systémem all-in-one. Systém all-in-one obsahuje veškeré složky výživy, které jsou nezbytně nutné pro organismus (Kapounová, 2007).

3.10.2. Enterální výživa

Enterální výživa je důležitá pro střevní sliznici a má protektivní vliv (ochranný účinek). Enterální výživa je bezpečná, finančně méně nákladná a může redukovat možný vznik komplikací a stejně jako PV nestimuluje exokrinní sekreci slinivky (Kapounová, 2007).

Enterální výživu podáváme pomocí nasogastrické nebo nasojejunální sondy (NGS nebo NJS). Výhoda sondy je taková, že nám umožňuje podávat výživu jak do tenkého střeva, tak i odsát žaludeční obsah (Křemen a kol., 2009). V některých možných případech podáváme

EV mnohem invazivnější metodou – zavedením PEG nebo PEJ (perkutánní endoskopická gastrostomie nebo jejunostomie) (Hvozdičková, Stolinská, 2011; Kapounová, 2007).

Při AP se doporučuje podávat oligomerní (oligopeptidové) preparáty, které obsahují základní složky výživy, jako jsou oligosacharidy, bílkoviny a oleje s esenciálními mastnými kyselinami. V současnosti se užívají přípravky, které splňují přísné mikrobiologické podmínky (Hvozdičková, Stolinská, 2011; Kapounová, 2007).

3.10.3. Využití enterální a parenterální výživy v praxi

Podle doporučených postupů ESPEN u lehké formy AP nemá EV žádný pozitivní vliv na průběh onemocnění. Po dobu několika dní a po ústupu bolesti je možné podávat stravu, která je bez tuku a s omezením cukrů (Singer, Berger, Van den Berghe, Biolo, Calder, Forbes a kol., 2009).

Následně může být zařazen příjem bílkovin i postupná zátěž tuky, avšak pouze do 30 % celkového energetického příjmu. Složení perorálního příjmu je plně závislé na toleranci nemocného (Singer, Berger, Van den Berghe, Biolo, Calder, Forbes a kol., 2009).

U těžké formy AP je důležitá úprava hypovolémie a poté je zahájena léčba umělou PV výživou. U těžké formy AP je EV plně indikovaná, kdy i menší množství má velký význam pro střevní peristaltiku. Postup je vždy individuální a řídí se potřebami pacienta (Singer, Berger, Van den Berghe, Biolo, Calder, Forbes a kol., 2009; Křemen a kol., 2009).

3.11. Dietní opatření

Perorální příjem u pacientů s AP zahajujeme podle klinického průběhu po odeznění bolesti a po úpravě gastrointestinální pasáže. Zprvu je pacient zatížen jen čajem po lžičkách a postupně navyšujeme stravu dle dietní zátěže. (Křemen a kol., 2009).

3.11.1. Dietní opatření u akutní pankreatitidy

U AP se v klinické praxi užívá dieta s označením S/P neboli pankreatická či speciální dieta 4S s přísným omezením tuků. Následně pacient přechází na základní dietu č. 4, která je s omezením tuků (Kapounová, 2007).

Pankreatická dieta, která je označena S/P, má čtyři stadia. Při prvním stádiu S/P I se podává umělá výživa a čaj. U druhé fáze S/P II se k umělé výživě přidává perorální příjem, který obsahuje 150-160 g sacharidů a 20-40 g bílkovin (Zadák, 2008). Třetí stadium diety (S/P III) rozšiřuje jídelníček, kdy strava obsahuje sacharidy, bílkoviny i tuky a strava je ve formě kaše. Do tohoto stadia může zařadit ovocné šťávy, kompoty, banány, dále

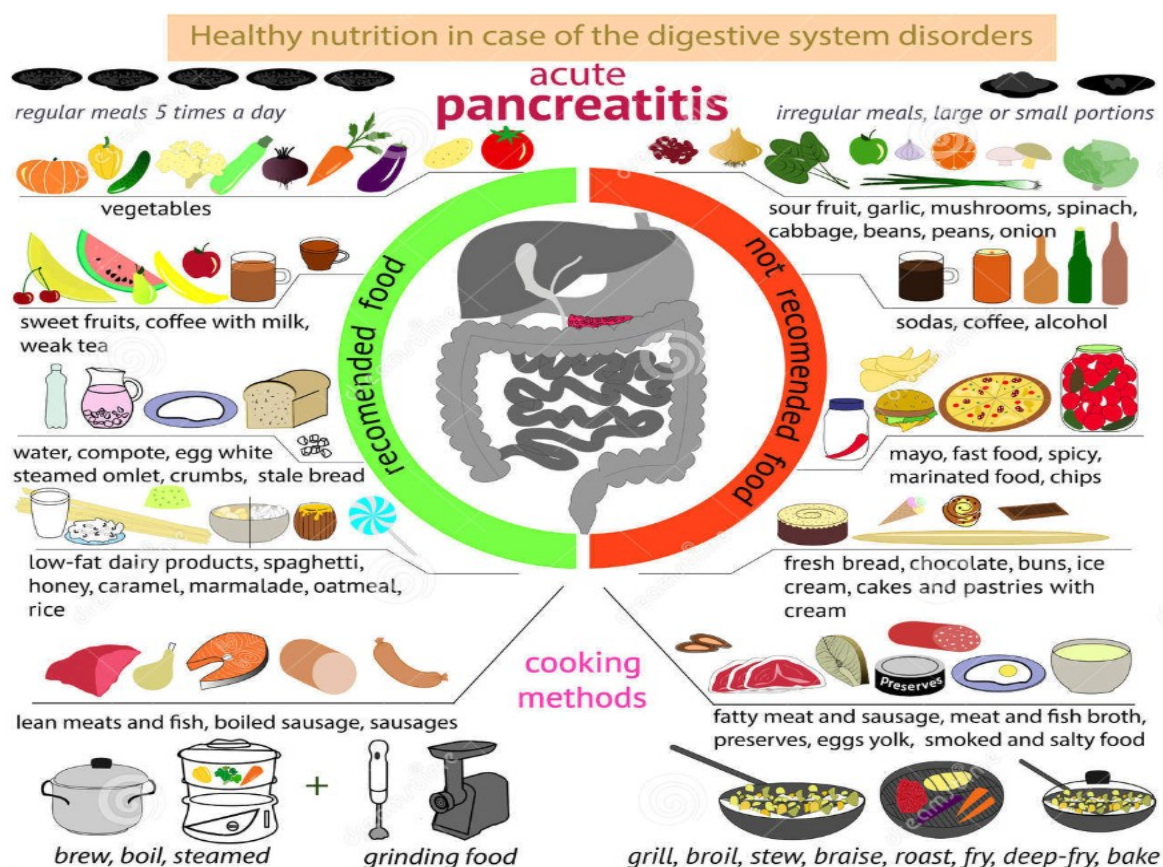
těstoviny, piškoty, netučné mléčné výrobky a tvaroh. Strava také obsahuje libové maso, telecí nebo kuřecí a ryby (Grofová, 2007).

Čtvrté stadium S/P IV diety začíná zhruba po 3 týdnech trvání nemoci. Strava má mít realimentační charakter, kdy se zvyšuje obsah tuku ve stravě 35-50 g/den a bílkovin 70-80 g (Mengerová, Marečková, 2008). Podává se čerstvé máslo a rostlinné oleje do hotových pokrmů. Potraviny jsou rozšířeny o libové hovězí maso, šunku, vaječný bílek, obohaceny jsou i o zeleninu a ovoce. Postupně se z tohoto stadia přechází na dietu č. 4 s omezením tuků (Kapounová, 2007).

3.11.2. Dietní opatření u chronické pankreatitidy

U chronické pankreatitidy je dietní opatření bohužel trvalé, musí se přísně dodržovat a musí být strava plnohodnotná (Mengerová, Marečková, 2008). Omezení dietní zátěže se přizpůsobuje změnám v průběhu onemocnění, kdy může dojít ke zlepšení či zhoršení zdravotního stavu, výskytu možných komplikací – diabetes mellitus, malabsorpce. Hlavním cílem nutriční terapie je omezení malabsorpce a předcházení podvýživy (Grofová, 2007).

Obrázek 2 - Správná výživa v případě poruch trávicího ústrojí – akutní pankreatitida



Zdroj: Veremey (2018)

3.12. Prevence akutní pankreatitidy

Prevenci onemocnění AP můžeme odvodit od jejich příčin vzniku. Prvním klíčovým faktorem v prevenci AP je správná životospráva. Díky jejímu nedodržování se mohou objevit příznaky, které vedou ke vzniku AP. Proto je velice důležité dodržovat dietu, jež je pevně určená pro toto onemocnění. Dále je namístě omezení až abstinence alkoholu, kde je vysoké riziko vzniku AP. Mějme na paměti, že musíme brát člověka jako bio-psycho-sociální jednotu. Prevence se netýká pouze dodržování správné životosprávy, ale dalším ovlivňujícím faktorem je stres, psychicky a fyzicky náročné zaměstnání, rodinné i sociální zázemí aj. Můžeme zde zmínit i operační výkon, při kterém dochází k odstranění žlučových kamenů, jelikož hlavním cílem u tohoto onemocnění je objasnění příčiny a tím i minimalizace návratu onemocnění (Schein, Rogers, 2011; Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016).

Právě nejdůležitější prevencí vzniku AP, kterou lze eliminovat, je vhodná životospráva s pravidelným stravovacím režimem, omezením kouření a konzumací alkoholu. Mezi další preventivní opatření patří odstranění již průkazných žlučnických kamenů, které se podílejí na vzniku akutní biliární pankreatitidy (Křivánková, Hradová, 2009).

4. Kvalita života

Kvalita života je v dnešní moderní době velmi důležitým tématem a zařazujeme ho mezi nejdůležitější téma současnosti i budoucnosti. Dnešní moderní medicína klade velký důraz na zdraví člověka a tím přispívá ke zlepšení kvality života, díky kterému se prodlužuje věková hranice. Cílem dnešní moderní medicíny je v první řadě zlepšení kvality života. Pod tímto pojmem si můžeme představit to, jak společnost vnímá své každodenní situace, svá postavení a to, jak jsme spokojeni s naším životním stylem a jak naplňujeme naše očekávané výsledky do budoucna (Duffková, Urban, Dubský, 2008; Čeledová, Čevela, 2010, Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

4.1. Pojem kvalita života

Kvalita života byla poprvé popsána ve dvacátých letech dvacátého století, kdy hlavním spouštěcím faktorem byl ekonomický vývoj a úloha státu. Kritici politiky vnesli tento pojem do moderní společnosti upozorňováním na budoucí podmínky. Kvalitu života můžeme používat nejen v lékařství, ale i v ostatních oborech (Blatný, 2010).

Po druhé světové válce se hlavním cílem sociálních programů stala kvalita života. A tím vznikl nový termín, který byl pojmenován „Výzkum kvality života“. Tento výzkum poskytoval podklady pro hodnocení sociální politiky. Důležitou podstatou studia kvality života je cíl, podpora a rozvoj životního prostředí. Kvalita života je často opakující se pojem, kde i mimo jiné převládá psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie i medicína (Gurková, 2011; Blatný, 2010).

Kvalita života je sociology sledována u různých sociálních skupin, kdy porovnávají a hledají faktory, které ji vymezují. Psychologové se zase zaměřují na subjektivní pocity člověka a snaží se jej pomocí různých metod měřit (Gurková, 2011; Blatný, 2010).

Kvalita života z pohledu zdravotnictví zkoumá a hodnotí poskytování ošetrovatelské péče či jednotlivé zdravotní plány. Jedná se o kategorii, která je relativní kategorií. Vyjádřit ji můžeme jako kvalitativní a kvantitativní ukazatel. Nejvíce je hodnocen osobní život, který zahrnuje a vystihuje živý organismus. Kromě hodnocení člověka, lze hodnotit život skupiny, společnosti nebo populace (Gurková, 2011; Blatný, 2010).

4.2. Definice kvality života

Definice kvality života se vyznačovala nejednoznačností, kdy Veenhovenová svou teorií přispěla ke kategorizaci konceptů kvality života, které rozděluje do čtyř oblastí:

1. životní šance – předpoklady
2. životní výsledky
3. vnější kvality – charakteristika prostředí
4. vnitřní kvality – charakteristika individua

Veenhovenová vytvořila čtyři kvadranty, kde kvadrant A zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky. Studuje jej architektura, sociologie a sociálně-politické vědy. Do kvadrantu B zahrnujeme fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem lékařství, psychologie a pedagogiky. Třetí kvadrant nesoucí písmeno C, zahrnuje vnější prospěšnost člověka pro jeho blízké okolí, společnost a lidstvo (Gurková, 2011; Blatný, 2010).

Kvadrant D pojímá kvalitu života, jako rozvoj ve vědách a v člověku. Je používán v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy. Do tohoto kvadrantu řadíme hodnocení spokojenosti s životními oblastmi, celkové spokojenosti se životem (Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

V dnešní době se setkáváme s mnoha definicemi kvality života, ale bohužel z nich není ani jedna akceptována. Mají ale jedno společné a to, že pojem kvalita života by měl zahrnovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu každého z nás. Hodnotí životní situaci každého jedince ve všech sférách (Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

4.3. Měření kvality života

Podle Kirbyho můžeme měřit kvalitu života ze tří úhlů, kdy první se snaží o objektivní měření sociálních ukazatelů. Druhý je subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a třetí je subjektivní odhad spokojenosti, který se zabývá jednotlivými životními etapami (Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Úroveň kvality života nám slouží k možnému sestavení terapeutického plánu a k vyhodnocení aplikovaných postupů u pacientů s určitým typem problémů. Zde je pak měření kvality života ukazatelem správné léčby nebo prostředkem k hodnocení komplexních programů (Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

4.4. Nástroje kvality života

Nejčastější metoda šetření kvality života je forma dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů. Výhodou dotazníku je umožnění srovnání podmínek a souborů osob, které pak využijeme pro populační šetření. Jedinou nevýhodou je nedostatečná citlivost. Existují speciální dotazníky, které jsou určeny pro pacienty s určitými obtížemi. Jsou zde obsaženy položky, které zjišťují dopad problémů na život pacienta. Dále pak můžeme k šetření použít standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Jedná se zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100 a jeho použití je pro potřeby klinické praxe. Obsahuje 26 položek, které jsou rozděleny do čtyř oblastí. Každá položka je hodnocená od 1 do 5. Čím vyšší číslo, tím vyšší kvalita života v dané oblasti. Dotazníky jsou upraveny tak, aby byly použitelné pro samostatné vyplňování bez asistence další osoby (Linková, Kimáková, Rácz, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Mezi základní prvky dotazníku patří **validita** a **reliabilita**.

Validita je nejdůležitější psychomotorický ukazatel měřicího nástroje. Nejobecnější definice validity je ve stručnosti obsažena v otázce: **Měříme to, o čem se domníváme, že měříme?** Nejlepším českým ekvivalentem pro validitu je slovo **platnost**.

„Obsahová validita zjišťuje, nakolik jsou položky testu reprezentativní vzhledem k obsahu, který má test měřit. Zjišťování reprezentativnosti položek testu přitom spočívá v úsudku tvůrců testu. Neexistuje však exaktní metoda, jak ji zjišťovat. Proto je žádoucí, aby byla obsahová validita ověřována dalšími kompetentními posuzovateli. K tomu je nezbytné, aby byl obsah testu přesně specifikován a aby byla stanovena metoda, jak sjednotit nezávislé posudky odborníků, budou-li se rozcházet.“ (Urbánek, Denglerová, Širůček, 2011)

*„**Reliabilita** znamená spolehlivost a přesnost, se kterou test měří to, co měří. Lze ji tedy definovat také jako nezávislost měření na náhodných chybách. Určuje, nakolik je měření opakovatelné, zda test poskytuje stejné výsledky nezávisle na osobách, které test zadávají a zda nevykazuje výrazné rozdíly při použití alternativních forem jednoho testu. Na rozdíl od validity je reliabilita vnitřní záležitostí používaného testu, nevztahuje se tedy k používanému kritériu. Stejně jako validita se však vztahuje ke zkoumané populaci. Závisí také na posuzovatelích, jejich počtu, zkušenostech, motivovanosti, apriorní zaujatosti, na charakteristikách testu, především na metodě jeho přípravy, způsobu strukturování položek, na správnosti a úplnosti pokynů.“* (Urbánek, Denglerová, Širůček, 2011)

„Reliabilitu testu zkoumáme zcela nezávisle na jeho validitě, jinými slovy řečeno, odhlížíme od smyslu a podstaty měření. Reliabilita výzkumného nástroje nedává žádnou záruku jeho

validity, na druhou stranu však platí, že není-li výzkumný nástroj reliabilní, nemůže být ani validní.“ (Urbánek, Denglerová, Širůček, 2011)

4.5. Hodnocení kvality života

Pro hodnocení kvality života navrhuje Haaseová a Bradenová některá specifika:

- specifikovat účel hodnocení kvality života
- vymezit populaci, u které bude kvalita života posuzována
- vybrat vhodné zaměření a teorii pro hodnocení kvality života
- specifikovat kritéria hodnocení

U hodnocení kvality života používáme mnoha různých modelů, které pomáhají vymezení koncepcí. Ty jsou součástí nebo mají logické propojení definující atribut kvality života (Linková, Kimáková, Rácz, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Modely kvality života rozdělujeme do čtyř kategorií:

Hierarchické modely neboli modely strukturující kvalitu života. Mezi ně můžeme zařadit například Spilkerův hierarchický model HRQoL. Model WHOQOL nebo model kvality života „3B“, který byl vytvořen Centrem pro podporu zdraví v Torontu, Ferransové model HRQoL a Ferrellové model. Veškeré tyto modely přispívají k vymezení domén, které jsou potřebné pro měření při HRQoL (Linková, Kimáková, Rácz, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Mezi **Interakční** modely znázorňující vztah mezi kvalitou života a jejími determinanty řadíme Spilkerův model klinického hodnocení, integraci pacientova odhadu a kvalitu života, kauzální model HRQoL, od autora Ware a model kvality života pacienta s chronickým onemocněním od autora Stuijbergen. Veškeré tyto modely můžeme využít při objasňování či interpretaci vztahů mezi koncepty měření s jinou závislou proměnou (Linková, Kimáková, Rácz, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Prediktivní modely můžeme využít při porovnávání kvality života pacientů v souvislosti různé sociální kultury, kdy jejím cílem je předvídat kvalitu života (Linková, Kimáková, Rácz, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Modely založené na významu, většinou užívané u adolescentů. Tento model vnímání kvality života zjišťuje pohled z perspektivy pacienta, který ji hodnotí. Při výběru nástrojů měření kvality života by měly být preferovány ty, které byly vytvořeny na základě teoretického rámce nebo konceptuálního modelu. Měli bychom tedy používat ty nástroje, které jsou odsouhlaseny na daném pracovišti s jejich používání (Linková, Kimáková, Rácz, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

4.6. Hodnocení kvality života pacientů po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče po prodělané pankreatitidě

U hospitalizovaných pacientů s akutním onemocněním slinivky břišní nalézáme mnoho různých příčin vzniku. Ty mohou různým způsobem ovlivnit kvalitu života.

Existuje také řada faktorů, které významně ovlivňují kvalitu života. Mezi nejznámější a nejvýznamnější patří závažnost onemocnění, která může probíhat ve stadiu lehké nebo těžké formy AP. Během hospitalizace pacienta je AP považována za velmi závažné onemocnění. V rámci hospitalizace pacienta je kladen velký důraz na psychiku nemocného, která se v určité míře mění. Stává se pasivním a je předmětem péče mnoha lidí (lékařů, sester a ostatního nemocničního personálu). Je závislý na druhých lidech, nemůže dělat, co by sám chtěl. Musí dělat činnosti, které neumí a neovládá.

Celkový obraz pacienta zahrnuje nejen omezení v práci a společenských aktivitách, ale i doma, v manželském životě, nebo stresující události. Akutní pankreatitida ovlivňuje všechny stránky života pacienta, jako např. zaměstnání, volný čas a společenské vztahy (Mokrowiecka a kol., 2010). Během provádění italské studie bylo zjištěno, že většina pacientů přiznala zábrany v diskusi o jejich zdravotním stavu a nemoci se svými blízkými. Důvod, který většina uvedla, je skutečnost, že většina lidí si myslí a věří, že AP je způsobena výhradně pitím alkoholu, a tudíž to má negativní vliv na rodinu a přátele (Pezzilli a kol., 2006).

Pacientovy způsoby (strategie) zvládání zátěží či vyrovnávání se s nimi, jsou ovlivněny nejen fyzickými a emocionálními faktory ale i externími, jako jsou např. finanční problémy, nebo postavení v práci či sociální skupině (Grist, Jupp, Johnson, 2012). Mezi další závažné problémy, které ovlivňují kvalitu života pacienta, je únava, strach z budoucnosti a poruchy spánku (Grist, Jupp, Johnson, 2012). Proto je velice důležité, abychom sledovali veškeré příznaky, které nám indikují potřebu psychologické podpory (Grist, Jupp, Johnson 2012).

Akutní pankreatitida má do značné míry dopad na sociálně-ekonomické důsledky, což způsobuje neustupující bolest a následnou hospitalizaci. Hospitalizace vede k dlouhodobé

pracovní neschopnosti a možnému odchodu do invalidního důchodu, nejčastěji u mladých lidí (Kaťuchová, Radoňak, 2011). AP má velký dopad na pracovní činnost (Gardner a kol., 2010) a tudíž na socioekonomickou situaci pacientů. Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života pacienta, je ztráta zaměstnání, která má dopad na onemocnění (bolest, nevolnost, zvracení, deprese, pocit nadbytečnosti). Mezi další faktory řadíme kvalitu spánku, která je nedílnou součástí vnímání zdravotního stavu (Mokrowiecka a kol., 2010).

Nemocní s AP poukazují na obtížné fungování v sociální i emocionální sféře. U pacientů s AP je jejich duševní zdraví natolik poškozené, že se mohou objevit komplikace ve formě chronické bolesti, diabetes, alkoholismu, vyčlenění se ze společnosti, ztráta zaměstnání, které jsou spojeny vysokým rizikem vzniku depresí (Wehler a kol., 2004; Grist, Jupp, Johnson, 2012). Ve studii z USA bylo předmětem hodnocení pacientů to, jak jsou spokojeni se zdravotní péčí, která také ovlivňuje kvalitu života. Více jak polovina pacientů odpověděla, že minimálně jednou ze všech návštěv s nimi nebylo zacházeno vlídně a s důstojností. Z toho méně než polovina pacientů byla označena jako alkoholici a necelých 30 % za individua vyhledávající léky a omamné látky. Díky tomuto přístupu by mělo být vyvinuto úsilí ke zlepšení zkušeností pacientů se zdravotnickými organizacemi a jejich péčí (Gardner a kol., 2010).

Nedílnou součástí léčby AP je naprostá abstinence alkoholu (Puylaert a kol., 2011; Pezzilli a kol., 2006; Gardner a kol., 2010). Teprve až při dodržení abstinence alkoholu se zvyšuje předpoklad, že léčba bude úspěšná (Dítě a kol., 2011). Abstinence se doporučuje i u pacientů s AP, kteří mají jinou příčinu než nadměrné požívání alkoholu, dokonce i o absolutním vyřazení alkoholu ze svého života (Goulden, 2013).

Charakteristika pacienta s AP obsahuje ve většině případů historii zneužívání alkoholu, autoimunitní onemocnění, žlučové kameny, poranění slinivky břišní (Goulden, 2013). Velmi obtížná bývá léčba u pacientů s alkoholickou formou nemoci a to díky četným psychosociálním a ekonomickým problémům spojených s alkoholovou závislostí (Balliet a kol., 2012). Nejčastější skupinou, kterou postihuje alkoholická pankreatitida, jsou muži ve středním věku s nižším vzděláním a podřadným zaměstnáním (Pendharkar, Petrov, 2015).

Pokud pacienti s AP dokážou alkoholovou abstinenci neporušit, předpokládá se ovlivnění především bolesti a celého průběhu nemoci. U některých pacientů se často stává, že se při sebemenší pozitivní změně obrací opět ke konzumaci alkoholu (Puylaert a kol., 2011; Pezzilli a kol., 2006; Gardner a kol., 2010).

Vstupní terapie by měla vynakládat veškeré úsilí k tomu, aby nemocného k abstinenci alkoholu motivoval (Forsmark, 2013). Toto opatření je nezbytně nutné pro podporu

v odvykání pacienta na alkoholu, jakož i k prodloužení a zkvalitnění života nemocného i k celkovému zlepšení zdravotního stavu (Jupp, Fine, Johnson, 2010; Forsmark, 2013). Nejčastější úmrtí nemocných je spojováno se špatným životním stylem (alkohol, stres, nesprávná životospráva, kouření, deprese).

Je ale více než nemožné, aby se u nemocných dosáhlo absolutní abstinence (Frič, 2009). Studie na tuto skutečnost poukázaly informacemi o kvalitě života nemocných s AP, kde malé procento lidí postižených touto nemocí přiznalo trvalou závislost na alkoholu (Wehler a kol., 2004; Pezzilli a kol., 2006). Stejně tak přibývá nemocných závislých na dalších, jiných látkách, než je alkohol (Frič, 2009). Jelikož pacient nikdy nepřiznává pravou míru závislosti na alkoholu, tyto výsledky jsou proto značně zkreslené (Špičák a kol., 2011). Pacienti s AP často potřebují pomoc se závislostí na pití alkoholu i na jiných látkách (Skipwortha, Stehen, Pereira, 2008). Tím, že se pacient namotivuje k abstinenci a následně k vyhledání odborné pomoci, jimiž jsou například odpovídající pohovory, je tato skutečnost lepší než pouhá ambulantní konzultace (Forsmark, 2013). Základem pro abstinenci pacientů je hlavně osobní vztah mezi nemocným a jeho lékařem (Frič, 2009). Společnou neřestí s alkoholismem je rovněž spojována závislost na kouření (Špičák a kol., 2011).

Studie dále poukázala na to, že i přes všechna rizika většina nemocných postižených AP stále kouří bez možnosti jakékoliv nápravy. Nemocný narovinu tuto možnost odmítá (Wehler a kol., 2004; Pezzilli a kol., 2006, 2011; Mokrowiecka a kol., 2010). Stejně jako u všech pacientů závislých na alkoholu i u pacientů závislých na kouření je potřeba motivace a poskytnutí podpory při jeho odvykání (Goulden, 2013; Skipworth, Shankar, Pereira, 2010; Forsmark, 2013; Witt, Apte, Keim, Wilson, 2007; Puylaert a kol., 2011). Kouření je bohužel nezávislým rizikovým faktorem vzniku AP. Rapidně zrychluje zhoršení nemoci a zhoršuje i vnímání bolesti (Goulden, 2013). Oborníci tvrdí, že kouření se nevzdají ani ti, kteří se odnaučili pít alkohol (Špičák a kol., 2011).

5. Aspekty kvality života

Mezi klíčové aspekty kvality života můžeme zařadit motivaci, zdraví, zdravý životní styl, životní styl a to, jak se bude pacient se svým onemocněním vyrovnávat, což závisí na mnoha faktorech. Mezi tyto faktory můžeme zařadit intenzitu, délku trvání a projevy klinických symptomů onemocnění, přítomnost bolesti, prognózu apod. Proto se dnes ve všech pádech skloňuje pojem kvalita života. Především je to z důvodu potřeby popsat či nějak kvantifikovat, jaký dopad má onemocnění, léčba, úroveň zdravotní péče, fyzický a psychický stav pacienta na způsob života a jeho pocit životní spokojenosti v oblasti bio-psycho-sociální (Linková, Kimáková, Rácz, 2010).

5.1. Motivace

Motivace je soubor faktorů vnitřních i vnějších, které vedou k harmonizaci organismu. Motivace je nejen důležitá pro usměrňování našeho chování, ale i pro jednání k dosažení určitého cíle. Tím nám vyjadřuje shrnutí všech skutečností, jako je radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco dělal nebo nedělal (Šamánková a kol., 2011; Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Motivy jsou osobní příčiny určitého chování, tzn., jsou to pohnutky, psychologické příčiny akcí a reakcí, činností a jednání člověka, které jsou zaměřené na uspokojování určitých potřeb (Šamánková a kol., 2011).

Za základní formu motivů pokládáme potřeby, kdy ostatní formy se vyvíjejí z potřeb. Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, co nás přivádí k činnostem, díky kterým tuto potřebu uspokojíme. Potřeby rozdělujeme na:

- *biologické* (biogenní, primární, vrozené) – potřeba dýchání, potravy, bezpečí, spánku apod. Slouží k přežití, reprodukci nebo k udržení zdraví.
- *sociální* (psychogenní, sekundární, získané) – kulturní (vzdělání, kulturní život apod.) a psychické (radost, štěstí, láska apod.). Zajišťují adaptaci na sociální podmínky, reagují na nedostatek v sociálním bytí.

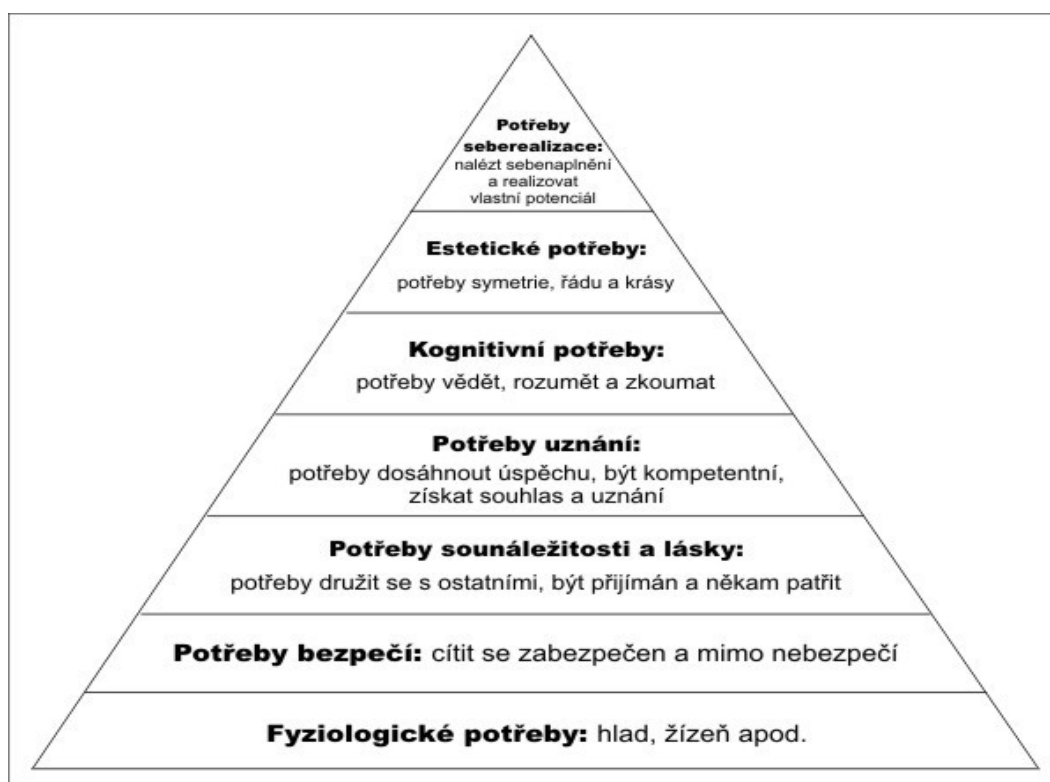
Motivace vychází z vnitřních či vnějších pohnutek a podnětů. Většinou bývá kombinací obou.

- *vnitřní motivace* – je výsledek potřeb a zájmů člověka (potřeba poznávací, seberealizace, kulturní potřeby)

- *vnější motivace* – určuje působení vnějších podnětů (hrozba trestu, možnost odměny)

Americký psycholog Abraham Maslow je autorem pyramidového řazení potřeb, které jsou v hierarchickém systému organizovány dle jejich naléhavosti pro člověka. Vyšší potřeby se objevují až po uspokojení nižších potřeb. Člověk má většinou potřebu seberealizace, pokud není hladový, je v bezpečí, milován a uznáván (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

Obrázek 3 – Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Vysekalová, (2011)

5.2. Zdraví

Zdraví pozitivně chápeme jako souhrn vlastností organismu, které nám umožňují se vyrovnat s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, jako je pracovní a interpersonální prostředí, aniž by byly narušeny fyziologicky důležité funkce. Negativně ho vnímáme jako nepřítomnost tělesné nebo duševní poruchy. Světová zdravotnická organizace (WHO) pojímá zdraví jako stav naprosté fyzické, psychické a sociální pohody a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady (Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

I přesto, že tato definice je přesná a nám užitečná, tak ji můžeme považovat za idealistickou a nerealistickou. Podle této definice WHO se dá klasifikovat 70-95 % lidí jako nezdravých.

Nejspolehlivějšími aspekty pohody, které pevně vyhovují oblastem medicíny, jsou environmentální zdraví, výživa, prevence nemoci a veřejné zdravotní záležitosti, které mohou být zkoumány a pomoci v měření pohody. Zdraví má víceúčelový charakter (fyzilogický, psychologický a společenský), a tak se stává cílem všech ergonomických snah v omezení vzniku pracovních úrazů, nemocí z povolání, nepřiměřené pohybové a fyzické zátěže, až po vytvoření podmínek k pracovní spokojenosti (Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

5.3. Životní styl

Životní styl můžeme chápat jako hodnotový systém, který je pro člověka velmi důležitý a který se snaží podvědomě dodržovat. Je projevem lidské osobnosti a závisí na věku, vzdělávání, zaměstnání, příslušnosti k rase, pohlaví, sociálním postavením, na hodnotové orientaci člověka a životních zkušenostech. Životní styl je jeden z nejvýznamnějších a nejdůležitějších faktorů, který ovlivňuje naše zdraví. Jeho vliv se pak uplatňuje v celé řadě oblastí života jako je např. rodina, škola, pracoviště, volnočasové aktivity atd. (Duffková, Urban, Dubský, 2008).

Životní styl je ovlivněn dvěma faktory, a to životními podmínkami (faktor vnější) a samotným jedincem (faktor vnitřní). Vnější faktor (životní podmínky) je tvořen tzv. mantinely, ve kterých se jedinec pohybuje, a jedná se tak o bezprostřední vazbu životních podmínek a životního stylu (Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Životní styl je především ovlivňován zdravím jedince. Proto, abychom mohli a uměli žít správným životním stylem, je velmi důležité, abychom si svého zdraví vážili, pečovali o něj a vyhýbali se nežádoucím vlivům. Člověk by měl vědět, co vlastně jeho zdraví prospívá a čeho by se měl naopak vyvarovat. Životní styl může člověk změnit kdykoliv a v jakémkoliv věku. K tomu postačí jen velmi málo, a to nekouřit, nepít alkohol, zařadit více ovoce, zeleniny, či konzumovat více celozrnného pečiva a pravidelně aktivně sportovat. Právě k tomuto účelu byla vytvořena pro celou veřejnost „Výchova ke zdraví“ (Čeledová, Čevela, 2010).

5.3.1. Zdravý životní styl

Při předcházení civilizačním onemocněním a zachování si svého zdraví co nejdéle, je důležité, abychom se o něj co nejlépe a dostatečně starali. Proto je nejdůležitější, abychom o své zdraví pečovali již od samého začátku. V žádném případě nepodceňovat první projevy obtíží, a proto musíme přizpůsobit náš životní styl tomu, co naše tělo nutně potřebuje a nám samotným vyhovuje. *„Ke svému zdraví bychom měli přistupovat komplexně, neboť jeho jednotlivé součásti nejsou důležité jen samy o sobě, ale navzájem na sebe působí a ovlivňují se.“* (Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Přístup ke zdraví obsahuje několik součástí, které jsou podstatné, a to zejména: přiměřený přísun živin a energie, pravidelný spánkový režim, pravidelná pohybová aktivita, pravidelné lékařské kontroly zdravotního stavu ale i vitaminy, minerální látky, antioxidanty, které jsou nepostradatelnou součástí výživy a jejichž potřebné množství nalézáme konzumací pestré stravy (důležitý je dostatek ovoce a zeleniny) (Duffková, Urban, Dubský, 2008; Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

5.4. Složky zdravého životního stylu

5.4.1. Zdravé stravování

Správná výživa je důležitá pro zdravý životní styl. Tělo každého z nás vyžaduje velice pestrou a vyváženou stravu každý den, aby bylo zachováno přiměřené množství vitamínů, živin a minerálů, které jsou potřebné k udržení zdravého těla a mysli. (Heřmanová, 2012)

5.4.2. Aktivní životní styl

Měli bychom do svého života zahrnout více pohybu. Jako ideální se jeví například fitness. Právě fyzická zdatnost a kondice udržuje naše tělo a váhu pod kontrolou, můžeme lépe v noci spát, chrání nás před možným vznikem infarktu myokardu nebo cévní mozkovou příhodou a dalšími zdravotními problémy, a tím tak prodlužuje život. Bez prospěšných aktivit je nemožné žít plnohodnotný život. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

5.4.3. Zvládání stresu

Každý z nás vnímáme a zvládáme emoce jinak. Emocionální stres hraje velmi důležitou roli u mnoho nemocí, a to jak přímo i nepřímo. Pokud se nacházíme ve stresu, máme větší sklon ke kouření, přejídání se, pití, workoholismu, hádání se s ostatními atd. Proto je zvládání stresu velice důležitou součástí zdravého životního stylu, kdy meditační a relaxační techniky jsou jeho klíčovou součástí. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

5.4.4. Vztah k sobě samému

Velice důležité je milovat sám sebe, což je klíč ke zdravému šťastnému životnímu stylu. Sebeúcta je o tom, jak moc lidé cení sami sebe; jakou pýchu v sobě cítí a jak jim stojí za to se ctít. Sebeúcta je důležitá, protože každý dobrý pocit ze sebe sama, ovlivňuje i naše chování. (Heřmanová, 2012)

5.4.5. Životní rovnováha

Chceme-li dosáhnout zdravého životního stylu, musíme proto podniknout kroky s cílem zajištění určité míry rovnováhy – duchovně, fyzicky, emočně, sociálně, psychicky i finančně. Je důležité sladit práci, rodinu a všechny ostatní oblasti našeho života, aniž bychom zapomínali sami na sebe nebo měli pocit viny, když děláme pouze jednu věc, a myslíme si, že bychom měli dělat něco jiného. Všechny klíčové oblasti života se musejí překrývat, zároveň propojovat a vzájemně se ovlivňovat. Pokud nejsme sami se sebou spokojeni, nemohou být naše sny nikdy splněny a ani nemůžeme mít šťastný a spokojený zdravý život.

Být zdravý, je velice důležité. Proto bychom měli zkusit změnit jednu věc v našem životě už dnes. Tím pak začne náš zdravý život, který nám přinese štěstí, zdraví a život splněných snů. (Heřmanová, 2012; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

6. Praktická část

6.1. Rešeršní strategie

Při uchopení samotného výzkumu a jeho následného směřování bylo nejprve nutné zajistit informační podklad. Kritériem pro volbu důležitých zdrojů bylo stanovení výzkumné otázky PECOT (populace, expozice, srovnání, výsledky, čas).

Vyhledávání bylo založeno na užití specifických klíčových slov (aspekty kvality života, hospitalizace, pankreatitida, životospráva / aspects of quality of life, hospitalization, pancreatitis, lifestyle), které byly nezbytné pro dosažení a jejich kombinací, kdy jsem využila booleovské operátory. Tato klíčová slova jsou potřebná pro dosažení co nejlepšího získání dat z každé databáze. Byly aplikovány v různých kombinacích a vyhledávány zdroje s co možná nejvyšší silou důkazu.

Metodou pro vyhledávání publikace byla analýza, komparace, kritická diskuze a sumarizace dohledaných dokumentů, které byly vyhledány v období 2008-2018 v dostupných databázích. Rešerše byla zpracována v Národní lékařské knihovně v Praze. Zde byly použity elektronické databáze Bibliographia Medica Czechoslovaca, theses.cz, MEDLINE, CINAHL, EBSCO, Scopus. Nebyla akceptována pouze publikovaná abstrakta vědeckých článků. Pro akceptaci byla vymezena tato kritéria: jasně vymezená cílová skupina osob s akutní pankreatitidou, zaměření na kvalitativní typ studie, hodnocení kvality života u osob s AP. Mezi kritéria pro odmítnutí dohledaného dokumentu patřila tato: odklon od tématu a specifické cílové skupiny osob, nenaplnění klíčových slov a jejich kombinací, nedostupnost plnotextové verze dokumentu.

Dokumenty zahrnuté pro následnou analýzu a zpracování byly označeny jako výběrový soubor. Jednalo se o dokumenty splňující vyhledávací kritéria pro akceptaci/odmítnutí dohledaného výstupu. Současně byly odmítnuty dohledané duplicity plnotextů.

Dokumenty, které mi byly na základě rešerše Národní lékařské knihovny vyhledány, se týkaly pouze chronické pankreatitidy a její kvality života. Zatímco u akutní pankreatitidy, nebyl nalezen žádný článek, či publikace, která by se zabývala touto problematikou. Z poskytnutých zdrojů jsem nejvíce využila články, které se nejbližší ztotožňovaly s tématem mé diplomové práce („Akutní pankreatitida – komplexní problematika“, „Akutní pankreatitida – validace nové klasifikace na souboru 159 nemocných a prognostické faktory“, „Výživa u akutní pankreatitidy“). Dále bylo využito 70 odborných publikací týkajících se akutní pankreatitidy.

Z doporučené literatury Národní lékařské knihovny jsem v diplomové práci mohla využít pouze ty monografie, studie a články, které se o AP zmiňují. Ostatní publikace se zaměřují na chronickou pankreatitidu a její kvalitu života.

Doposud publikované práce jasně ukazují, že akutní pankreatitida je život ohrožující onemocnění a negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů, nejen v oblasti fyzické a psychické, ale i bio-psycho-sociální, přesto se ale žádná z nich dostatečně nevěnuje tématu kvality života po proděláním této nemoci.

Floreánová a kol. (2014) společně s Doležalovou a kol. (2014) a Česákem a kol. (2015) sice konkrétně popisují, co AP je, co je její příčinou, jaké jsou její příznaky, vyšetřovací metody a jaká je její následná léčba. Bohužel se však již nikdo z nich ve svých studiích nezabývá tím, jaká je následná kvalita života a případná motivace ke změně životního prostředí u pacientů po prodělané atace AP.

Stejný problém nalezneme i u zahraničních autorů. Např. Pang a kol. (2014) se ve svém obsáhlém výzkumu věnuje analýze příčin vzniku AP, jejími projevy a vývojem. Pang se s pomocí 0,5 milionů čínských dospělých respondentů s AP snažil odhalit a definovat, jaké jsou hlavní příčiny vzniku této nemoci. Jako nejčastější příčiny vzniku AP definuje (řazeno sestupně): absence fyzické aktivity, obezita, zánět žlučníku a diabetes v kombinaci s kouřením tabákových výrobků a pitím alkoholu. V tomto výzkumu se kouření tabákových výrobků projevilo jako častější příčina vzniku AP než pití alkoholu. Zazula a kol. (2006) však uvádějí výsledky opačné. Rozdílné výsledky byly s největší pravděpodobností zapříčiněny rozdílnými testovacími soubory, respektive jejich rozdílnou etnicitou. Zatímco Pang a kol. (2014) svůj výzkum prováděli na asijské populaci, tak Zazula a kol. (2006) svůj výzkum prováděli na populaci středoevropské. Lze tedy očekávat odlišné návyky ve způsobu jejich života. Ať už je to jakkoliv, faktem zůstává, že se následnému způsobu života lidí, kteří tuto nemoc prodělali, nikdo z nich dále nevěnuje.

Možná je to tak trochu vědecký paradox. Často se nám totiž v běžném životě stává, že řešíme důsledky, ale ne příčiny. Když např. člověk onemocní chřipkou (důsledek), je mu následně naordinována léčba v podobě medikamentů. Není zde žádná léčba, vyjma prevence, která by zabránila vzniku této nemoci, protože i přes veškerá očkování víme, že tato nemoc má v oblibě mutovat. Věda se často správně snaží jít tím opačným směrem. Chce řešit příčiny a zamezit určitým jevům, ale na důsledky pak často (ne vždy) zapomíná. Proto se má diplomová práce zaměřuje právě na téma kvality života pacientů, kterým prevence, jakožto řešení příčin, nestačila, přestože ji měli vždy k dispozici. Jen o té možnosti nevěděli.

Jelikož se z AP často stává chronická pankreatitida, vycházela jsem i ze studií a článků, které se zabývají chronickou pankreatitidou. Mezi nejvýznamnější faktor poklesu kvality života patřila bolest. Dalšími faktory byly: chronický průjem, problémy se zažíváním, diabetes mellitus, závažnost a délka trvání onemocnění, počet relapsů a komorbidit, ztráta práce, nezaměstnanost, předčasný odchod do důchodu, finanční problémy, potíže se spánkem, únava. Právě tyto faktory by mohly být pro probandy dostatečnou motivací k tomu, aby změnili svůj životní styl a důsledně dodržovali režimová doporučení od lékařů. Jedná se však o faktory, které snižují kvalitu života u pacientů s CHP. Pacienti s AP jimi většinou netrpí, avšak z důvodu možného přechodu AP do chronického stadia, je vhodné pacienty dostatečně edukovat i o těchto rizicích a tím podpořit motivaci ke změně životního stylu a dodržování režimových opatření. Naopak etiologie na kvalitu života vliv neměla, stejně jako chirurgické nebo endoskopické terapie. S těmito závěry se shodují i další autoři.

6.2. Metodologie výzkumného šetření

V této kapitole se zabývám výzkumným šetřením, které se odehrálo na základě kvalitativního výzkumu, a také stanovuji cíl výzkumného šetření. Obsahem práce je konceptualizace výzkumného problému a vzorek respondentů, který je součástí mého šetření. Dále zde popisuji metody, jež jsem využila pro svůj výzkum a rovněž vysvětluji způsoby sběru dat a jejich následnou analýzu.

Pro sběr dat výzkumné části diplomové práce jsem zvolila kvalitativní metodu šetření. Základní informace byly získávány formou rozhovoru s respondenty dle předem stanovených otázek (viz příloha č. 6). Veškerá konverzace s pacienty probíhala dobrovolně, s jejich písemným souhlasem a se souhlasem daného pracoviště, včetně zdravotnického zařízení, kde se kvalitativní výzkum konal.

V první fázi výzkumu jsem vybrala dvacet probandů, kteří onemocněli akutní pankreatitidou a souhlasili s účastí na výzkumu. V rámci sběru jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru, která se ukázala jako nejvhodnější. Miovský (2006) upozorňuje, že tato metoda způsobu sběru dat nám umožňuje vytvářet specifická schémata, která se jeví pro tazatele (výzkumníka) jako zavazující. Toto schéma upřesňuje oblasti, na které budou účastníci výzkumu dotazováni. Celkový počet otázek byl vytyčen na deset, přičemž probandům byly kladeny i doplňující otázky. Otázky se především týkaly zdravotního stavu probanda, a co ho přimělo vyhledat lékařskou pomoc. Další otázky se týkaly znalostí a porozumění jejich onemocnění. Zajímala jsem se také o jejich způsob života, životní styl, jejich životosprávu, zaměstnání, rodinu. Také mě zajímalo, co si probandi představují pod pojmy kvalita života a životní styl. Co by chtěli probandi do

budoucná změnit. Zda je vede toto onemocnění k zamyšlení se nad současným stylem života. Pokud chtějí do budoucna něco změnit, co je k tomu vede a co by to mělo být. Jaká je jejich motivace ke změně životního stylu.

6.3. Etické aspekty výzkumu

Realizace výzkumného šetření byla před samotným zahájením schválena etickou komisí zdravotnického zařízení, ve kterém se výzkum konal. Byly samozřejmě dodrženy veškeré její etické náležitosti. Probandi byli před samotným výzkumem informováni o jejich dobrovolné účasti, anonymitě a byli seznámeni s účelem a cílem výzkumného šetření (rozhovor s respondenty). Dále byli informováni, že vyplněním dotazníku potvrdili svůj souhlas s účastí ve výzkumu (informovaný souhlas viz příloha č. 5). Všechna získaná data jsem využila pouze pro účely této práce a jejich zpracování proběhlo striktně na oddělení, aby byla zachována absolutní anonymita. Přepisy všech vedených rozhovorů jsou uchovány u výzkumníka.

6.4. Kvalitativní výzkum

„Kvalitativní přístup je zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí, s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, vytvářejí a prožívají sociální realitu.“ (Šedřová, Švaříček a kol., 2014).

Vzhledem k charakteru zkoumané dané problematiky jsem zvolila kvalitativní výzkumnou metodologii. Kvalitativní výzkum nám umožňuje zkoumat nejen podrobně ale i do hloubky nové jevy. Výhoda kvalitativního výzkumu je ta, že umožňuje otevřený přístup výzkumníka k získání až soukromých dat v souvislosti se zkoumaným jevem. (Hendl, 2006)

Tato výzkumná strategie přináší i své problémy – např. osoby, které se účastní výzkumu, mívají strach mluvit o svém stavu atd.

6.5. Výzkumné cíle a otázky

K provedení výzkumu jsem si zvolila kvalitativní design, protože můj cíl výzkumu není kvantifikace dat či tvorba hypotéz a jejich ověřování, ale úsilí pochopit pohled, postoj, motivaci a bariéry probandů k jejich aspektům kvality života a zároveň ověřit, zda zvolené metody i postupy s sebou přinášejí předpokládanou kvalitu dat. Toto se pokusím zjistit s využitím kvalitativního přístupu, který je dle Zábranského a Miovského (2008) na výzkumná témata, která se zaměřují na prožívání procesu vhodný.

Pro zpracování výzkumu jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku a cíl, který byl konkretizován do dalších třech dílčích cílů.

Zaměřuji se na poznatky probandů o kvalitě života s akutní pankreatitidou. Tímto se chci co nejvíce přiblížit k jejich vnímání, postojům, názorům a k jejich celkovému prožívání onemocnění. Proto jsem si pro dosažení cíle výzkumu, formulovala hlavní výzkumnou otázku: *„Vnímají pacienti potřebu upravit svůj životní styl v návaznosti na prodělanou ataku akutní pankreatitidy?“*

Účelem bylo zjistit, jak probandi vnímají a prožívají celý proces onemocnění a kvalitu života, jaké jsou jejich nejčastější pocity a emoce, které prožívají? Dále, jak se jejich prožívání postupně vyvíjí ve vztahu k sobě samému a okolí, jaká je jejich osobnost, jak vidí svou budoucnost a jaký je jejich běžný život (pracovní a osobní)? Je možné z výše zmíněných informací vytvořit jednotlivé etapy vývoje, které vycházejí z toho, co probandi vnímají a prožívají? Na základě zjištěných spojitostí, či odlišností lze do budoucna poskytnout návrhy či úpravy pro další postup léčby.

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit: *„Zmapovat motivátory a bariéry pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy.“* Cílem výzkumné části je porozumění a pochopení prožívání probandů v období nemoci, jejich motivátory a bariéry ke změně vlastního já v životním stylu. Tedy to, co probandi vnímají, pociťují a prožívají ve vztahu k onemocnění, k sobě samému a blízkému okolí.

Dílčím cílem bylo:

- Cíl 1 – Zmapovat postoje nemocných k jejich stravovacím návykům.
- Cíl 2 – Analyzovat motivátory a bariéry kvality života, životního stylu, vlastního způsobu života, sociální, rodinné a pracovní pohody, ale i životosprávy pacientů před vznikem AP.
- Cíl 3 – Zmapovat postoj pacientů k prodělané AP.

6.6. Výzkumný vzorek a jeho specifikace

Výzkumné šetření probíhalo ve zdravotnickém zařízení od června do října roku 2018. Tento výzkum se uskutečnil na základě žádosti o sběru dat, která mi byla hlavní sestrou schválena.

Cílová skupina daného výzkumného šetření jsou pacienti, kteří prodělali akutní zánět slinivky břišní, byli hospitalizováni na jednotce intenzivní péče a poté byli přeloženi na standardní oddělení. Tento záměrný a účelový výběr pacientů byl zvolen proto, že by

mohl být kvalitním zdrojem informací. Na základě různé věkové kategorie a zaměstnání se domnívám, že i jejich názory a postoje k prodělanému onemocnění budou velkým přínosem pro obyvatelstvo.

Pro výzkum bylo osloveno dvacet respondentů. Všechna dvacet respondentů dalo souhlas s provedením výzkumu. Věk respondentů se pohyboval od 25 let do 70 let. K analýze bylo použito všech 20 rozhovorů – z toho se jednalo o 13 žen a 7 mužů. Z dvaceti případů onemocnělo 13 pacientů akutní biliární pankreatitidou a sedmi pacientům byla diagnostikována AP způsobená alkoholem (viz tabulka 2). Tento výzkumný vzorek byl dostačující pro ukončení sběru dat, protože došlo k teoretickému nasycení získaných informací.

Tabulka 2 – Charakteristika respondentů

Pacient	Kód	Pohlaví	Věk	Povolání	Onemocnění
Pacient č. 01	P01M	Muž	45	Projektový manažer	AP biliární
Pacient č. 02	P02M	Muž	65	Řidič tramvaje	AP biliární
Pacient č. 03	P03M	Muž	44	Řidič kamionu	AP biliární
Pacient č. 04	P04M	Muž	44	Automechanik	AP biliární
Pacient č. 05	P05M	Muž	33	Lékař	AP biliární
Pacient č. 06	P06M	Muž	36	Podnikatel	AP biliární
Pacient č. 07	P07M	Muž	39	Na úřadu práce	AP způsobená alkoholem
Pacient č. 08	P01Ž	Žena	33	Na úřadu práce	AP způsobená alkoholem
Pacient č. 09	P02Ž	Žena	55	Učitelka v MŠ	AP biliární
Pacient č. 10	P03Ž	Žena	48	Servírka	AP způsobená alkoholem
Pacient č. 11	P04Ž	Žena	68	Důchodkyně	AP biliární

Pacient č. 12	P05Ž	Žena	25	Na mateřské dovolené	AP biliární
Pacient č. 13	P06Ž	Žena	55	Pokladní	AP biliární
Pacient č. 14	P07Ž	Žena	43	Všeobecná sestra	AP způsobená alkoholem
Pacient č. 15	P08Ž	Žena	36	Všeobecná sestra	AP způsobená alkoholem
Pacient č. 16	P09Ž	Žena	50	Invalidní důchodkyně	AP způsobená alkoholem
Pacient č. 17	P10Ž	Žena	44	Pokojská	AP biliární
Pacient č. 18	P11Ž	Žena	25	Studentka medicíny	AP způsobená alkoholem
Pacient č. 19	P12Ž	Žena	70	Důchodkyně	AP biliární
Pacient č. 20	P13Ž	Žena	45	Bankovní poradkyně	AP biliární
			45,15		
			Věkový průměr		
			45 let		

Zdroj: autor

6.7. Výzkumná metoda

Pro tuto práci byla zvolena metoda formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor je nejčastěji využívanou metodou ke sběru dat v kvalitativním výzkumu (Švaříček, Šedová, 2014).

6.8. Sběr dat

Zde popisuji, jak a jakým způsobem jsem získávala veškeré informace a data pro mou část výzkumu v diplomové práci a jak jsem nadále se získanými daty pracovala.

6.8.1. Postup a metodika sběru dat

Výzkumné šetření probíhalo metodou kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Prvotním záměrem výzkumu bylo využití kvalitativní výzkumné metody formou rozhovorů, které se odehrávaly mezi čtyřma očima. Rozhovory s pacienty probíhaly jako polostrukturované rozhovory v časovém rozpětí červen až říjen 2018. Těchto dvacet rozhovorů se uskutečnilo v prostředí zdravotnického zařízení na chirurgickém oddělení. Pacienti měli krátce před propuštěním do domácí péče. Všichni zúčastnění pacienti byli ujištěni o zachování naprosté anonymity jich samotných, ale i místa, kde se výzkumné šetření provádělo. Všichni pacienti rovněž souhlasili s nahráváním rozhovorů na diktafon při zachování anonymity. Následně jsem provedla doslovnou transkripci, což znamená, že veškerý mluvený projev byl převeden do písemné formy, následně přepsáno do elektronické podoby a kódováno. Dílčí výsledky (kódy), byly seskupeny do kategorií (viz kapitola 7. Analýza výzkumných dat a jejich interpretace). Jediná podmínka, kterou požadovali, souvisela s řádnou likvidací jejich odpovědí poté, co ukončím studium.

Všech dvacet rozhovorů jsem zaznamenala osobně. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30-50 minut. Již předem jsem měla připravené otázky k probíhajícímu rozhovoru. Samozřejmě došlo i na situace, kdy bylo nezbytně nutné klást doplňkovou otázku.

Velice důležité bylo také to, abych nasměrovala výpovědi respondentů k určitým oblastem, které mě nejvíce zajímaly; jako je např. jejich životní styl, zda kouří, pijí alkohol, jaká je jejich kvalita života, jaké mají plány do budoucna, jejich pracovní, sociální a rodinné poměry.

6.8.2. Otevřené kódování

První fází analýzy údajů je tzv. konceptualizace, což je rozbor věty nebo odstavce a určení jména každé myšlenky, události či případu, která mě napadla. Jinak bychom mohli říci, že se jedná o vyhledávání a označování určitých jevů v textu (Strauss, Corbinová, 1999).

„Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během kódování jsou údaje rozebrány na části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných.“ (Strauss, Corbinová, 1999).

„Rozebíráním a konceptualizací je myšlen rozbor věty nebo odstavce a přidělení jména tomu, co bude zastávat nebo reprezentovat tento jev. V procesu kategorizace

seskupujeme pojmy podobné s podobnými, ty, které se zdají, že přísluší stejnému jevu.“ (Strauss, Corbinová, 1999).

Jednotlivé kategorie jsou pojmenovány podle potřeby odpovídajícími názvy. Názvy by měly být originální a na míru šité kategorii. V procesu kódování objevujeme kategorie, ale i vlastnosti, které nám napomáhají nalézt vztahy mezi kategoriemi. Jsou to vlastnosti, které se dají zachytit na dimenzionálních škálách, proto se každá vlastnost mění v rozsahu nějaké škály (Miovský, 2006).

„Existují tři hlavní způsoby otevřeného kódování. Analýza rozhovoru řádek po řádku (zkoumání vět i jednotlivých slov), po větách nebo odstavcích (Jaká je hlavní myšlenka pod větou nebo odstavcem vyjádřena?) nebo vzít celý rozhovor a ptát se: O co zde jde?“ (Strauss, Corbinová, 1999).

Samotné výzkumné šetření probíhalo tak, že jsem si text přepsaných rozhovorů s probandy v rozsahu 40 stran nejdříve několikrát pročetla. V průběhu pročítání jsem si v textu vybrala pasáže, které mě zaujaly a vyhodnotila je pro následnou analýzu, jako významné. Pomocí funkce umožňující vkládat komentáře k textu, jsem na jeho okraj vložila vybranou pasáž. Následně jsem k jednotlivým pasážím, které měly z dané části textu podobu několika slov či vět, přiřadila specifický kód (subkategorii). Jednotlivé kódy, spolu s vybranými pasážemi, jsem pak přenesla do excelové tabulky a na základě jejich společných znaků je zařadila do jednotlivých kategorií. Poté jsem provedla filtraci dat, jejíž výsledky byly použity k vytvoření kontingenční tabulky, vyjadřující četnost jednotlivých kódů napříč jednotlivými kategoriemi. Seznam a množství kódů v jednotlivých kategoriích jsem rovněž vyjádřila graficky a následně je podrobně popsala, viz kapitola 7. Analýza výzkumných dat a jejich interpretace.

Př.: *„Co byste chtěla slyšet? Jsem nezaměstnaná, na úřadě práce a práci sehnat nemůžu, kamarádi a rodina se na mě vykašlali, tak jsem sama a jediný můj kámoš je pivo a víno, s nimi mi je nejlíp...“* Toto téma bylo označeno kódem – ztráta chuti do života. Jakmile jsem během kódování objevila téma, které mělo podobný obsah, označila jsem jej podobným, popř. stejným kódem.

Další úroveň kódování bylo dokázat určit, zda se nejedná o stejný obsah (*např. nikdo mi nezbyl, jen můj kámoš alkohol – problémy i po napití zůstávají*). Takovým způsobem jsem označila všechny přepisy, jejichž výsledkem byla celá řada kódů postihující podstatná témata rozhovorů. Kódy, které jsem získala v první fázi kódování, bylo potřeba dát dohromady podle podobnosti, aby nebylo tak velké množství pojmů. Druhá fáze otevřeného kódování je kategorizace, kdy jednotlivé kategorie vlastní určité jevy, u kterých je velmi důležité jejich pojmenování. Díky tomuto pojmenování je potom

jednodušší určit, které skupiny kódů (podkategorie) spadají pod každou kategorii (Strauss, Corbinová, 1999).

Právě v této fázi kódování jsem dávala dohromady základní kódy, které mi připadaly jako tematicky podobné, do širších kategorií. Pokud se objevil podobný kód, který zapadal do více skupin, byl zapsán ke každé z nich. Jednotlivé kódy, podkategorie i kategorie jsem několikrát přesouvala a upravovala, aby výsledný seznam odpovídal obsahům všech výzkumných rozhovorů.

7. Analýza výzkumných dat a jejich interpretace

Aby průběh analýzy byl co nejvíce srozumitelný, doporučují Braun a Clarke (2006) její postup v šesti bodech, kterých jsem se držela. Přitom analýza obsahuje opakované a neustálé navracení se k předešlým bodům a následující krok dopředu.

V prvním bodě jsem se seznámila s daty, která zahrnují přečtení souboru podkladů pro analýzu. Vyhledávala jsem určité významy a utvářela kódy. V druhém bodě analýzy jsem generovala počáteční kódy a nalézala opakující se témata. Hledání témat je třetím bodem, kde třídím a porovnávám kódy do jednotlivých kategorií a subkategorií. Dbala jsem na to, aby se kódy mezi tématy nepřekrývaly a musela jsem se rozhodnout, který kód kam zařadit. Vyskytly se však kódy, které bylo možno zařadit do více kategorií. Ve čtvrtém bodě opakovaně přezkoumávám kategorie a subkategorie, kdy opakovaně pročítám text, ke kterému jsem přidělila kód. Zvažuji validitu dílčích kategorií vzhledem k celému souboru, kdy opakovaně celý soubor pročítám a kontroluji, zda jsem některý důležitý aspekt nezapomněla. V pátém bodě popisuji kategorie a hledám jejich podstatu. Uvažuji o každé kategorii zvlášť a jejich vzájemném propojení, protože se objevují různé subkategorie. Posledním šestým bodem je vyhodnocení a vypracování konečné analýzy dat a její finální popsání.

Po sběru dat byly získané informace rozděleny do jednotlivých kategorií. Ne všechny odpovědi byly zařazeny do celkového hodnocení z toho důvodu, že si byly hodně podobné, jiné naprosto odlišné (zcestné, zmatené). V jednotlivém popisu kategorií proto uvádím nejčtetnější a nejzajímavější odpovědi probandů.

Při vytváření kategorií jsem si musela uvědomit, že hledám opakující se témata, která zachycují podstatu o datech, která jsou ve vztahu k výzkumné otázce a představují určitou míru odezvy nebo významu v datovém souboru, tedy rozhovorech. Protože jde o kvalitativní analýzu dat, neexistuje žádná jasná odpověď na otázku, jaká část datového souboru musí vykazovat důkazy o tématu, aby mohla být považována za téma, tedy kategorii. Při určování jednotlivých kategorií je nezbytný názor výzkumného pracovníka. Doporučení, která se vztahují k odborné literatuře (Braun, Clarke, 2006) spočívají v tom, že je důležité zachovat určitou flexibilitu a dodávají, že striktní pravidla zde naopak nefungují. Kromě toho by "klíčová" slova neměla být závislá na množství v rozhovorech, ale zejména na tom, zda zachycují něco důležitého ve vztahu k celkové výzkumné otázce.

Pro účelný výběr kategorií je mimo jiné také nutné znát všechny aspekty výzkumného souboru. Před samotným vytvořením kategorií by měl výzkumník opakovaně pročíst svá získaná data tedy rozhovory, což je někdy velmi časově náročné. Je to také i jeden

z důvodů, proč kvalitativní výzkum má sklon využívat menších dat, než jsou výzkumy kvantitativní. V mém případě k tomuto procesu došlo během translace rozhovorů, kterou někteří autoři považují za klíčový úsek analýzy dat objasňující kvalitativní metodologii (Bird, 2005).

Vzhledem k tomu, že tematická analýza nevyžaduje tak detailní teoretické či technologické znalosti přístupů, jako je např. v zakotvené teorii či diskuzní analýze, může nabídnout dostupnější formu analýzy, a to zejména pro ty, kteří nemají tak bohaté zkušenosti s kvalitativním výzkumem. (Braun, Clarke, 2006)

Vznikem nových kategorií během výzkumu jsem vyzdvihla bohatost vlastního rozhovoru s respondenty jako možnost dosud nezařazených vlivů, které by mohly vést nebo vedly k motivaci životního stylu.

Tímto jsem si stanovila šest hlavních kategorií – „Onemocnění“, „Psychické rozpoložení“, „Vlastní přístup“, „Přístup okolí“, „Životní styl“, „Plány“ z nichž každá obsahuje specifické subkategorie. Následně jsou stanovené kategorie popsány v další části textu a názorně uvedeny v tabulkách.

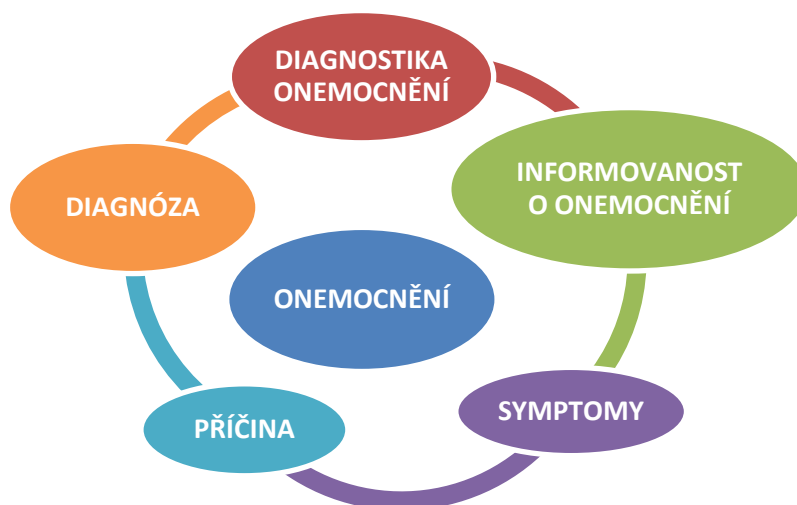
7.1. Kategorie „Onemocnění“

Tato kategorie se zabývá problematikou vzniku onemocnění AP a důvodem, proč probandi vyhledali lékaře.

Akutní pankreatitida je obecně velmi stresující záležitostí a je velice důležité, aby se uspokojily nejen fyzické, ale i psychické potřeby pacienta. Je nutné pacienta uklidnit, dostatečně informovat o onemocnění, vyjádřit o něj zájem, aktivně naslouchat jeho potřebám a nechat ho vyslovit veškeré své pocity a obavy. Terapie onemocnění vyžaduje přísné dodržování řad režimových opatření, která způsobují změny v kvalitě života, ale i životním stylu nemocných (omezení alkoholu, kouření, více pohybu, zvážení změny zaměstnání či úprava jídelníčku) (Lata, Bureš, Vaňásek, 2010). Základ pro naplnění těchto změn je dostatečná informovanost probandů i jejich nejbližších.

Z analýzy dat v této kategorii vyplývá pět nejčastěji se opakujících subkategorií (viz Graf 1).

Graf 1 – Kategorie „Onemocnění“



Zdroj: autor

- **Informovanost o onemocnění** – Tato subkategorie je zmiňována nejčastěji. Probandi většinou uvedli, že sdělení veškerých důležitých informací o jejich zdravotním stavu a onemocnění jsou pro ně jasná („Pan doktor byl strašně moc hodnej a všechno mi srozumitelně vysvětlil.“ P04Ž). Také jsem se setkala i s probandy, kteří měli z počátku problém pochopit („Zpočátku jsem nepochopila, o co jde ...“ P01Ž) informace o jejich zdravotním stavu, proto bylo velmi důležité jim znovu vysvětlit podstatu jejich onemocnění popřípadě, informace podat v tištěné formě. Jednotlivé zákroky a vyšetření totiž vyžadují i informované souhlasy, které se vystavují v tištěné formě, aby si je pacienti mohli pročíst a následně stvrdit svým souhlasem či nesouhlasem. Pro probandy, kteří se v dané problematice neorientují, byly některé informace z počátku nesrozumitelné. V zápětí však byly lékařem dostatečně vysvětleny („Když jsem prošla veškerým vyšetřením, tak mi doktor oznámil, že mám žlučové kameny, které se zasekly ve žlučovodu...“ P05Ž). Díky uspokojivému množství nezbytných informací z úst lékaře mají pak větší motivaci k uzdravení, když ví, co jim je. Informace o onemocnění obdrželi probandi primárně od lékaře („Paní doktorka byla tak moc hodná, že mi všechno řekla...“ P02Ž). Součástí informací byl i letáček s dietou, která je pro úspěšnou léčbu nezbytná („... hlavně mi i pan doktor dal letáček na dietu, tak jsem byla ráda, že mi takhle všechno bylo vysvětleno.“ P06Ž). Někteří probandi si informace o onemocnění ještě doplňovali z internetu nebo v časopisech či odborné literatuře („Až když jsem si to pak vygooglila, tak jsem se zhrozila.“ P10Ž).

- **Symptomy** – Podle probandů byly nejčastěji udávaným důvodem k vyhledání lékaře silné bolesti břicha, zvracení, bolest zad, nevolnost, třesavka, zimnice a horečka (*„Začalo to krutými bolestmi břicha, kdy se to už nedalo vydržet, a musel jsem vyhledat lékaře. Navíc se přidaly horečky, třesavka, dokonce jsem se nemohl ani moc hýbat, kvůli bolesti.“* P03M). Právě nesnesitelné bolesti, které doprovází toto onemocnění, mohou vést k psychickému zatížení a komplikuje to spolupráci pacienta se zdravotnickým personálem. Onemocnění má mnoho rizik komplikací, kdy může nastat ohrožující stav a následně skončit i úmrtím pacienta.
- **Příčina** – Probandi si uvědomili podstatu toho, co mohlo stát za vznikem jejich onemocnění. Jako příčinu vzniku onemocnění uvedli konzumaci nezdravé stravy (*„Snědla jsem doma kaši a řízek...“* P04Ž), kouření (*„Kouřím hodně, tak 20 cigaret za den a pivo tak 5 piv denně. Ale vůbec mi to nevadí.“* P03M), zvýšenou konzumaci alkoholu, stresové situace (*„Má práce je velice náročná, jak psychicky, tak i fyzicky, jelikož pořád někam pospíchám.“* P01M) nebo tzv. nic nedělání (*„Nevím, já prakticky nic nedělám, jen sedím doma, koukám na televizi a s kamarádama piju vodku, nějaký to pívko, sem tam tráva.“* P07M). Někteří probandi se už v minulosti setkali s podobnými příznaky, tudíž onemocnění předpokládali. (*„No já jsem to tak nějak tušila, že to bude něco se slinivkou, jelikož jsem s tím už měla jednou problém...“* P07Ž) Závěrem lze tedy říci, že většina probandů je schopna určit a uvědomit si příčinu svého onemocnění. Nicméně mohu konstatovat, že uvědomění si vlastního zapříčinění onemocnění nebylo v některých výpovědích zcela patrné.
- **Diagnóza** – Sdělení diagnózy probandům bylo provedeno lékařem na základě výsledků jednotlivých vyšetření (*„...tak mi pan doktor řekl, že mám žlučňkové kameny, které se nějak někde zaklínily, a kvůli tomu mi nějak hůře funguje slinivka. A tak mám akutní pankreatitidu.“* P01M). Nejdůležitějším faktorem, který svědčí pro sdělování diagnózy, je nutná spolupráce nejen nemocného při terapii, ale i jeho rodiny či přátel. Stěží se dá očekávat souhlas s léčbou, která je dlouhodobá, zatěžuje nejen celý organismus, ale přináší rovněž značný tlak na psychickou či fyzickou stránku nemocného. Mnohdy je doprovázená závažnými nežádoucími účinky, kterých si nemocný není vědom, dokonce ani závažnosti svého onemocnění (diagnózy AP).
- **Diagnostika onemocnění** – Dalším významným faktorem před samotnou léčbou onemocnění je část, kterou nazýváme „Diagnostika onemocnění.“ Díky té lékař ví, jak nadále postupovat v terapii samotné (Kostka, 2006). Diagnostika spočívala především v provedení krevních náběrů probandů, vyšetření na CT, RTG, sono

a dále pak ERCP a gastrokopii („*Udělal mi veškeré náběry, poslal mě na sono, na RTG, a pak jsem čekal, až mi řekne, co mi je.*“ P04M). Podobně se vyjádřila i P05Ž („...a že mi provedou pomocí gastrokopie ERCP vyšetření, na vyndání nebo odstranění kamenů.“). Vedle terapie onemocnění je velmi důležité přísné dodržování řad režimových opatření, která způsobují změny v kvalitě života, ale i životním stylu nemocných (omezení alkoholu, kouření, více pohybu, zvážení změny zaměstnání, chirurgické řešení či úprava jídelníčku), (Hoch a kol., 2011).

7.2. Kategorie „Psychické rozpoložení“

V našich životech se často setkáváme s nespočtem různých událostí. Události, kterým býváme vystaveni, nejsou někdy jen radostné, veselé, hezké, ale i tragické, neradostné a smutné. Emoce, které vyvolávají strach, smutek, zlost, jsou zpravidla zvládnuty, nevyplují na povrch a nijak zásadně neovlivňují pracovní nasazení.

Psychické rozpoložení neboli emoce, nám podávají jasnou zprávu, zda to, co se děje, je pro nás dobré, či zlé, zda z dané události máme radost, či zda jsme v ohrožení. Jak uvádí většina pacientů, mají největší strach a obavy z toho, co bude (Vaš, 2006).

Psychické rozpoložení pacientů hraje velmi důležitou roli v jejich uzdravení. Každý z nás ho vnímá jinak. Někdo ho může vnímat slabě či obtížně pojmenovatelnou emoci, myšlenkou, vjemem, případně i jejich kombinací. Výrazným vlivem na psychické rozpoložení některých pacientů je jejich onemocnění a tím spojené např. zvládání stresových situací, obava ze sociálního vyloučení, které může ovlivnit nejen proces komunikace v negativním smyslu jako je např. apatie či agrese, ale může také vyústit k uzavřenosti do sebe sama, negativnímu sebehodnocení (podceňování) nebo nevážením si života. Naopak se objevili i probandi, kteří prožívali své emoce naplno, velmi intenzivně a o svých potížích rádi hovořili, kdy se jim posléze ulevilo, že se mohli s někým o svých, ať už zdravotních nebo osobních, problémech bavit. Pocity jsou součástí lidského prožitku nebo zážitku, tedy každého běžně prožívaného lidského života. Může se jednat o pocity nelibé, libé, negativní, pozitivní nebo i neutrální. Pocit obvykle vyjadřuje něco, co člověk neumí sám přesně pojmenovat a vyhodnotit a co on sám vnímá jak smyslově, tak mimosmyslově (Wikipedia, 2017). Některé pocity umíme pojmenovat dobře, zejména, když se jedná o pocity, které se vztahují k fungování našeho vlastního já.

Během rozhovoru jsem se setkala s probandy, kteří mají různé pocity. Převážně jsem se však setkala s pocitem spokojenosti, na druhé straně pak ztrátou chuti do života. Dalším častým pocitem, který byl uveden pacienty, byl pocit obavy, naděje a úleku.

Samozřejmě jsem se také setkala s negativními pocity, kdy pacienti nemají vůbec o nic zájem, nebo s pocitem samoty a odloučení.

Z analýzy dat v této kategorii vyplývají tři nejčastěji se opakující subkategorie (viz Graf 2).

Graf 2 – Kategorie „Psychické rozpoložení“



Zdroj: autor

- **Pozitivní zmínka** – Během rozhovoru jsem zjistila, že probandi mají různé pocity. Nejvíce však byl zastoupen pocit spokojenosti. Tento pocit spokojenosti vyjadřovali pozitivním postojem nejen ke svému životu, ale zejména k milující rodině a skvělé práci („*Já bych nechtěla nic změnit, mám milující krásnou stabilní rodinu, skvělou práci a se svým životem jsem maximálně spokojená.*“ P02Ž), absenci stresu, klidu, pohodě („*Můj způsob života se mi líbí. Žádný nervy, stres, jen klid a pohoda.*“ P04Ž) a k perfektnímu profesionálnímu přístupu lékařů a zdravotních sester („*...ale pak když věděla, že jsem v péči perfektních lékařů a sestřiček, tak už tolik strach neměli.*“ P06Ž) z hlediska péče o ně a dostatečným podáním informací o jejich onemocnění, zdravotním stavu a průběhu léčby. Pozitivní přístup k onemocnění je skvělým přístupem pacientů, ale záleží na tom, zda jejich spokojenost nebude ovlivňovat motivaci ke změně životního stylu, když je vlastně nic netrápí (Blatný a kol., 2010). Závěrem bych řekla, že pozitivní vnímání člověka velice ovlivňuje jeho zdravotní stav a jeho zlepšení. Více se o tom zmíním v kapitole „Vlastní přístup“, kde budu popisovat motivátory ke změně životního stylu.

- **Obavy** – Největší obavy měli probandi ze smrti („...no když mi doktor řekl, že můžu i umřít, tak to víte, že jsem měl strach. Už mě napadaly i všelijaké myšlenky, co musím ještě udělat, než umřu." P02M). Pak následovalo, zda se vyléčí a obavy z možné recidivy onemocnění („Snad jsem to překonal, ale sám si pořád nejsem jistý, zda se to nevrátí. Mám pořád strach." P04M), či starosti související se zabezpečením rodiny („Mám malou holčičku, a teď se bojím, že přijdu i o ní, že jí soud svěří manželovi do péče." P08Ž). V okamžiku, kdy probandi obdrželi informace o nemoci, došlo k jejich leknutí, zhrození či zděšení, někteří jedinci si doplnili informace z jiných zdrojů, například si sami na internetu vyhledali doplňující údaje („Až když jsem si to pak vygooglila, tak jsem se zhrozila." P10Ž). Tyto reakce byly spojeny především s možností úmrtí, kdy probandi pokládali sobě i lékařům otázku, zda přežijí („Hnedka jsem se lekla, a první co si pamatuji, bylo, že jsem se zeptala paní doktorky, jestli umřu..." P02Ž). Zaznamenala jsem ale i paniku u probandky, která primárně nemyslela na sebe, ale na děti a rodinu („Popadla mě panika, co a jak bude? Co mi budou dělat, co doma, co v práci, co děti?" P13Ž).
- **Naděje** – Probandi věří a někteří jsou o tom přesvědčeni, že se jim nemoc již nevrátí a že mají tzv. "vyhráno" („No já budu doufat, že vyhráno mám." P06Ž, nebo „Myslím si, že ano. Snad už se to nevrátí." P13Ž).

Ve všech vedených rozhovorech s probandy totožně vnímám, že psychický prožitek onemocnění je u všech probandů silný. Obava z budoucnosti nebo strach je společným prvkem. Pro mě samotnou překvapivě většina probandů přiznává, že mají větší toleranci k fyzické bolesti oproti psychické. Psychika člověka a jeho lidské tělo funguje jako dvě navzájem propojené nádoby. Pokud se něco stane, okamžitě to vyvolá změnu v naší psychice ale i v těle a naopak. Na naši psychiku mají pak obrovský vliv tělesné změny. Je tedy velmi pravděpodobné, že dlouhodobé působení psychické či fyzické zátěže ovlivňuje vnímání vlastního života (Mandincová, 2011).

7.3. Kategorie „Vlastní přístup"

Vlastní přístup, postoj neboli osobnost člověka k sobě samému, je soustava vlastností charakterizujících celistvou individualitu konkrétního člověka zaměřeného na realizaci životních cílů a rozvinutí svých možností ve společnosti. Tvoří ji individuální spojení biologických, psychologických a sociálních aspektů každého jedince. Utváří se ve vztazích k sobě, k druhým, vůči prostředí a společnosti a projevuje se vždy jako celek (Heller, 2014).

Každý jsme jiný. Každý prožíváme situace jinak, a stejně tak i pacienti s AP. U některých probandů jsem zpozorovala ztrátu chuti dále bojovat, z důvodu absence motivace do

života („Nevím, já prakticky nic nedělám, jen sedím doma, koukám na televizi a s kamarádama piju vodku, nějaký to pivo, sem tam tráva.“ P07M) nebo se našli i tací probandi, kteří měli sebevražedné myšlenky („To už nevím, co budu dělat. To asi skončím se životem rovnou.“ P08Ž). Přístup k sobě samému u probandů se liší tím, že jedni chtějí ukončit svůj život, druzí pomalu ztrácí chuť dále bojovat. Většina probandů, ať už závislých či nezávislých na alkoholu, má spíše negativní postoj k nemoci, léčbě a následné péči, jako je polehčování okolností, nebo si vůbec nepřipouští, že by byl nějaký problém.

Často se vyskytli i probandi, kteří neprojeví zájem získávat nové informace o onemocnění AP.

Probandi také uvádějí, že dané situace je spíše posilují psychicky nebo zřejmě více motivují. Psychické rozpoložení a jeho pozitivní emoce a pocity jsou pro probandy při zvládání onemocnění velmi důležité. Nejen postoj rodiny, ale i kamarádů a přátel je v podání probandů odlišný. Někteří se s nimi úplně přestali stýkat, jiní omezili kontakty, další je naopak více podporovali, byli jim na blízku. Ze všech vedených rozhovorů vyplývá nejvíce to, že každý proband, jeho rodina, přátelé a kamarádi se s tím vyrovnávají různě. Jediným společným celkem by mohl být úsudek, že problémy ostatních z určitého hlediska mohou do jisté míry být na obtíž.

Probandi se převážně dělí na dvě skupiny. První skupinou jsou probandi, kteří nepřijímají léčbu, druhým protipólem je skupina probandů, kteří se o svou léčbu zajímají.

Vlastní přístup k sobě samému představuje složitý systém, jehož chování nelze jednoznačně předvídat. Hnací silou činnosti každého jedince, stejně tak i pacientů s AP, je motivace (Heller, 2014).

Každé chování či jednání člověka je něčím motivováno. Motivace je souhrn činitelů, který jedince podněcuje, podporuje, aktivizuje, nebo naopak utlumuje a brzdí. Motiv je pohnutkou, příčinou činnosti a jednání člověka, který má cíl, směr, intenzitu, trvalost. Mezi základní motivy řadíme potřeby, zájmy, návyky, cíle, přání, hodnoty, postoje a emoce. Poznat motivační síly svého konkrétního chování, porozumět motivaci druhých, znamená lépe poznat sám sebe, ale i ostatní a vyznat se v nich (Heller, 2014).

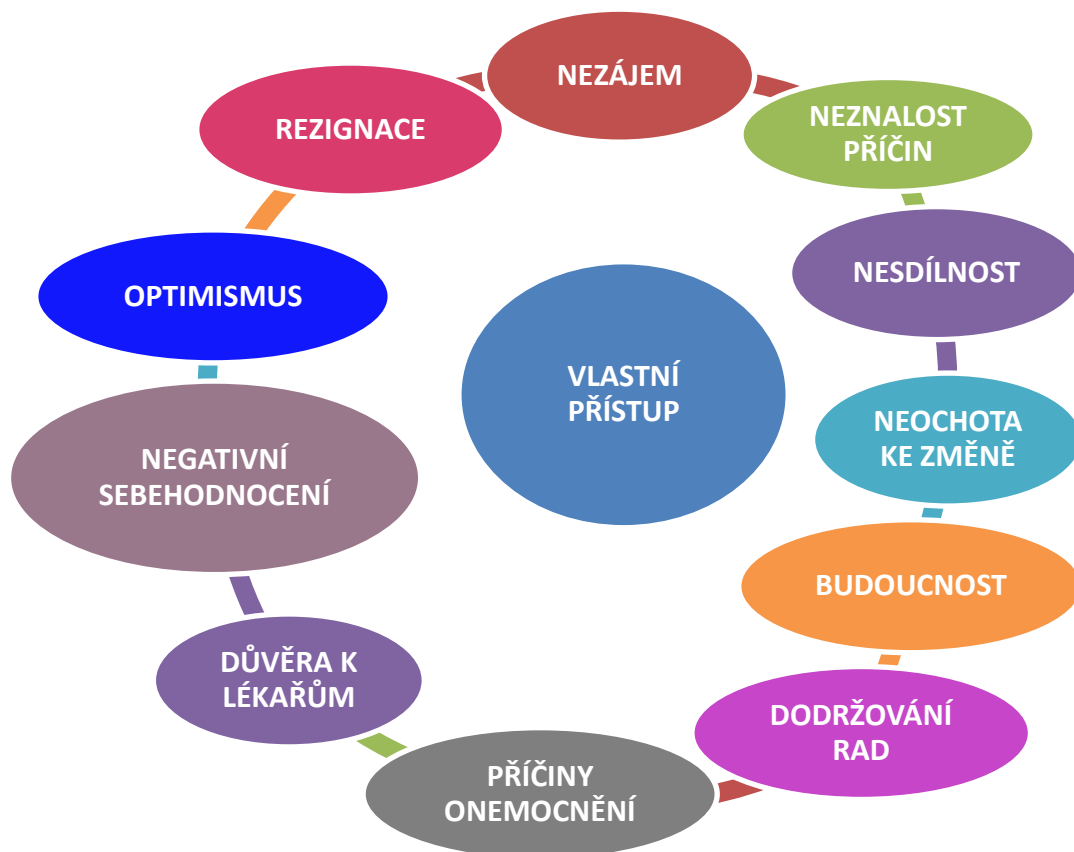
Největším motivačním faktorem pro respondenty byla rodina a rodinné zázemí. Respondenti oceňovali podporu rodiny, chtěli jí věnovat více času a žít pro ni.

Dalším motivačním činitelem pro respondenty je být naživu, prodloužit si život a mít dobré zaměstnání, které nevyčerpává fyzicky i psychicky.

Setkala jsem se i s probandem, který chtěl za svým dosavadním životem udělat velkou tlustou čáru a začít od nuly, což svědčí o silné osobnosti.

Z analýzy dat v této kategorii vyplývá jedenáct nejčastěji se opakujících subkategorií (viz Graf 3).

Graf 3 – Kategorie „Vlastní přístup“



Zdroj: autor

- **Nezájem** – Tato subkategorie je poměrně rozsáhlá, co se pojmů týče. Dalo by se říci, že z pohledu pacientů je nezájem o cokoli. Někteří pacienti projevují úplný nezájem o to, co přesně se jim stalo, případně zcela rezignují na možnost zlepšit kvalitu svého života po prodělaném onemocnění, nevidí žádnou naději. Což má jistý dopad na jejich motivaci cokoli měnit (Špatenková, Králová, 2009).

V mém výzkumu jsem však nezájem mohla na základě rozhovorů zcela konkretizovat. Probandi nejevili zájem o kontakt s okolím („Nevím, já prakticky nic nedělám, jen sedím doma, koukám na televizi a s kamarádama piju vodku, nějaký to pivo, sem tam tráva.“ P07M), odepřít si alkohol a tučné jídlo („Ale tak co, jsem chlap a jezdím kamionem, no a moje žena mi dobře vaří, tak co. Proč bych to nesnědl.“ P03M), o práci, komunikaci, o rodinu („Nevím, s rodinou se nestýkám

a asi by jim to bylo stejně jedno, co se mnou je?" P01Ž) a někteří ani o svůj zdravotní stav, či život (*„No a co, že to je život ohrožující, umřu tak nebo tak.“ P09Ž*). Zdá se, že nezáměrně, ztrátu chuti cokoliv měnit mají především jedinci, kteří nemají ve svém osobním životě dostatečnou stabilitu. Mají problémové vztahy s rodinou nebo například v zaměstnání. Najít motivaci ke změně u těchto jedinců je nesmírně složité dokonce si odvažují tvrdit, že bez odborné psychologické pomoci téměř nemožné. Vycházím ze zkušenosti s probandy při vedení rozhovoru. Získávání informací a hlavně nastolení přátelské atmosféry, bylo často složité až nemožné.

- **Neznalost příčin** – Z počátku se někteří probandi domnívali, že se jedná o chřipku, virózu, či střevní virózu (*„Ani nevím. Myslel jsem, že je to jen nějaká střevní chřipka, ale třeba to může být i jídlem, které jím.“ P06M*). Nebyli si vědomi, co by toto onemocnění mohlo způsobit. Připouštěli však, že se mohlo jednat o stravovací chybu. Pojem pankreatitida někteří slyšeli poprvé a nevěděli, o jaké onemocnění se jedná (*„No, napadlo mě, co to vlastně je ta pankreatitida ...“ P01Ž*). Nevěděli a nechápali, proč toto onemocnění postihlo právě je (*„Tak proč zrovna já?“ P03Ž*).
- **Dodržování rad** – Probandům bylo vše podrobně a srozumitelně vysvětleno. Opakovaně dotazováno, zda všemu rozumí a mají jasno o tom, na co si budou dávat pozor. Jednalo se především o vysvětlení příčiny jejich onemocnění, léčby, rekonvalescence a zejména pak vysvětlení správné životosprávy a dodržování diety (*„Všemu rozumím, tak až to nějak ustane, půjdu se zaregistrovat na terapii, abych přestala pít.“ P01Ž*). Porozuměli, že nedodržováním správné životosprávy může dojít k recidivě onemocnění.
- **Příčiny onemocnění** – V souvislosti s léčbou si probandi postupně uvědomují možné příčiny onemocnění. Ty spočívají především v přejídání se smaženým jídlem (*„Možná to bude asi tím, jak se moc přejídám večer smaženým.“ P10Ž*), nepravděpodobnou stravou, zvýšenou konzumací alkoholu a kouřením (*„Hned mě napadlo, že to mám asi z toho nepravděpodobného stravování, kouření a piva, který si dávám každý den po práci.“ P04M*). S vědomím důsledků pití alkoholu a špatného stravování si probandi dávají předsevzetí, že se vyvarují smaženému jídlu, nebudou pít, ale zároveň si kladou otázku, zda to všechno zvládnou (*„... a myslím si, že když už vím, co je důsledek té mé nemoci, tak jistě vím, že už nebudu tolik pít, tak uvidím, jestli to zvládnou.“ P03Ž*). Probandi také kvůli sociálním okolnostem zmiňují to, že si onemocnění tzv. “nemohou dovolit”, jelikož nechtějí přijít o své zaměstnání, neboť splácí hypotéku a díky onemocnění by paradoxně tato situace mohla vést k nezdravému životu nebo stresu a dovést je do náročné situace (*„Vím,*

přiznávám, jsem alkoholička, ale v práci to nikdo neví, tak doufám, že to nikdo nezjistí, jinak bych přišla o práci a to si nemohu dovolit, jelikož platím hypotéku a jsem matka samoživitelka." P07Ž). Práce, zodpovědnost za rodinu jsou hlavními motivátory ke změně, velkým problémem však zůstává sociální situace jedince. Jde především o schopnost financovat zdravý životní styl, vyhnout se stresovým faktorům anebo si přiznat problémy s alkoholem a zkusit je vyřešit. Řešení závislosti je však velmi náročné, jak časově, tak mentálně. U některých probandů bylo znát odhodlání něco změnit, na jak dlouho bohužel nevíme.

- **Nesdílnost** - Někteří probandi nechtěli více rozebírat důvody a následky vzniku onemocnění. Z toho vyplývá, že je situace do jisté míry zasáhla, ale zároveň to, že se chtějí vrátit do "normálu", což může opět demotivovat případné změny životního stylu (*„Jinak se prosím nezlobte, ale nechci už Vám dál vyprávět o mém životě, je to pro mě těžké.“ P07Ž*).
- **Neochota ke změně** - Často je explicitně vyjadřovaná neochota začít se chovat jinak, je ve výpovědích probandů spojovaná s osobní autonomií a svobodou rozhodování, s nevůlí podřídit se lékařské autoritě (*„...ale jsou to moje játra a ne jeho, takže já jsem dospělej a budu si pít, jak já budu chtít, a nikdo mi to nezakáže.“ P07M*). Probandi pak nemají vůbec žádnou snahu, nic je netěší či nemají motivaci ke změně životního stylu. Jednalo se však zase o sociálně slabší jedince, dovoluji si tvrdit, že sociální prostředí může být hlavním ne však jediným motivátorem nebo bariérou cokoliv změnit.
- **Budoucnost** - Jako klíčové se probandům ukazují sociální vazby a budoucnost. Budoucnost v rámci motivace k chuti brzkého uzdravení kvůli své rodině, na které jim záleží, zaměstnání a blízkém okolí. Právě kvůli nim se chtějí co nejdříve uzdravit a žít naplno svůj život. Jsou ochotni pro to udělat cokoliv. Někteří chtějí změnit zaměstnání, aby se věnovali více rodině nebo si odpočinuli. Jiní se chtějí více věnovat rodině, blízkým a přátelům. Kvůli nim mají motivaci změnit své návyky jako je např. alkohol, kouření, málo volno v práci... (*„To vše je důležité, ale nejdůležitější je má rodina, kvůli které tohle vše změním, nechci o ně přijít.“ P01M*).
- **Důvěra k lékařům** – Všichni probandi uvedli, že důvěra v lékaře je pro ně velmi důležitá, kdy do jisté míry významně ovlivňuje jejich pohled na zdravotnictví celkově. Vedle důvěry probandů k lékařům hraje významnou roli i tzv. psychologický přístup, který si zakládá na cíleném použití vztahu mezi pacientem a lékařem, jejich komunikaci a posílením aktivní účasti pacientů v jejich terapii (Janáčková, Weiss, 2008). Každý z probandů uvedl, že potřebuje cítit důvěru nejen

od lékaře ale i od ostatního zdravotnického personálu („Vím, že jsem v dobrých rukách, kde mě dají dohromady.“ P05Ž). Pokud tomu tak není, tak je něco špatně („...jestli to bude dobrý nápad.“ P01Ž). Mnozí probandi mají pochybnosti o doporučení léčby lékařem a jsou v rozpacích, zda jim důvěřovat nebo ne. Můj názor je ten, že psychologický přístup lékaře a probanda, má za cíl mu pomoci porozumět, adaptovat se na nemoc nebo řešit problematické situace, které vzbuzují u probandů důvěru a tím vzniká výborný vztah mezi probandem a lékařem.

- **Negativní sebehodnocení** – V rámci subkategorie negativního sebehodnocení jsem se setkala s probandy, kteří zdaleka nebyli spokojeni se svým způsobem života. I když se snažily sebevíce, pocit spokojenosti, pohody a štěstí se nedostavil („...ale už mě to nebavilo, pořád jen vařit, ochutnávat, taky teď podle toho vypadám. Tlustá.“ P06Ž). Během provádění rozhovorů s probandy, jsem si všimla, že existuje mnoho lidí, kteří jsou nespokojeni se svým životem a způsobem, jak ho vedou. I když jde vidět, že mají snahu, nevidím u nich pocity štěstí a spokojenosti. Jsou buď naštvaní na celý svět, smutní nebo uzavření do sebe sama. Řekla bych, že za tímto stavem obvykle stojí jejich nedostatečně ukotvený pocit vlastní hodnoty. Když se pozorně dívám kolem sebe, všímám si obrovského množství lidí, kteří nejsou spokojeni se svým způsobem života. Jejich postoj k životu mi připomíná křečka, který běhá v kolečku pořád dokola. Právě nedostatečný prožitek pocitů vlastní hodnoty u probandů téměř vždy vyvolá určitý dojem, že jsou nešťastní a to právě vede k neschopnosti prožívat radost, štěstí a k negativnímu rozpoložení.
- **Optimismus** – Subkategorie optimismus mi ukázala, že jsou i probandi, kteří jsou velcí optimisté. A proč zrovna optimisté? Protože dokáží prožívat své vážné onemocnění s malým množstvím stresu, depresí i úzkosti oproti pesimistům. Dokáží brát vše s nadhledem, jsou velmi vytrvalí a jen tak se nevzdávají, poněvadž věří, že dokáží úspěšně zvládnout situaci. Optimismus také v neposlední řadě souvisí se zdravím, protože probandi, kteří jsou optimisté, více pečují o své zdraví a snaží se o zdokonalení kvality svého života. Příkladem je probandka, která má sebejistotu a přesvědčení, že nad nemocí vyhrála a nemá strach z jejího návratu („Určitě ano.“ P04Ž).
- **Rezignace** - V rámci rezignace na život, jsem se setkala s odpověďmi probandů, které mě nemile zaskočily. Zjistila jsem, že jejich stav rezignace je většinou doprovázen apatií („Nevím, já prakticky nic nedělám, jen sedím doma, koukám na televizi a s kamarádama piju vodku, nějaký to pívko, sem tam tráva.“ P07M), lhostejností, pasivitou, depresí, úzkostí, straněním se kolektivu („Nevím, s rodinou

se nestýkám a asi by jim to bylo stejně jedno, co se mnou je?" P01Ž) nebo nevážení si vlastního života (*„No a co, že to je život ohrožující, umřu tak nebo tak.“ P09Ž*), či nezájmu o zdravý životní styl (*„Tak asi na tom něco bude. Já se nějak moc nestarám o nějaký zdravý životní styl. Říkám to furt, že má jít člověk do rakve zhuntovanej.“ P09Ž*). Tento jejich stav může, ale nemusí být způsoben nepřetržitým působením určité zátěže na jedince, kteří nemají dostatečné obranné mechanismy nebo nenachází smysl života. Právě rezignace se vyskytovala u probandů, kteří byli závislí na alkoholu nebo zcela ztratily motivaci, jak se vyrovnat s vážnou situací.

Závěrem této kategorie lze říci, že v tom, jak se probandi staví k dané situaci, k onemocnění, jeho příčinám a důsledkům, hraje obrovskou roli jejich vlastní přístup, který je však často formovaný sociální situací. Rezignace a neochota ke změně životního stylu může vycházet právě i z nedostatku sociálních kontaktů, pocitů osamělosti - což rozebírám také v části Psychické rozpoložení (emoce), sociální situace může naopak působit jako motivátor, ať už jde o reakci blízkých na onemocnění (dále v části Přístup okolí), nebo o životní styl respondentů, kdy třeba pracovní zatížení může být zároveň jedním z důvodů onemocnění, ale zároveň vést k ochotě se změnit, ať už je za touto ochotou spokojenost s prací nebo ekonomická nutnost (dále v části Životní styl).

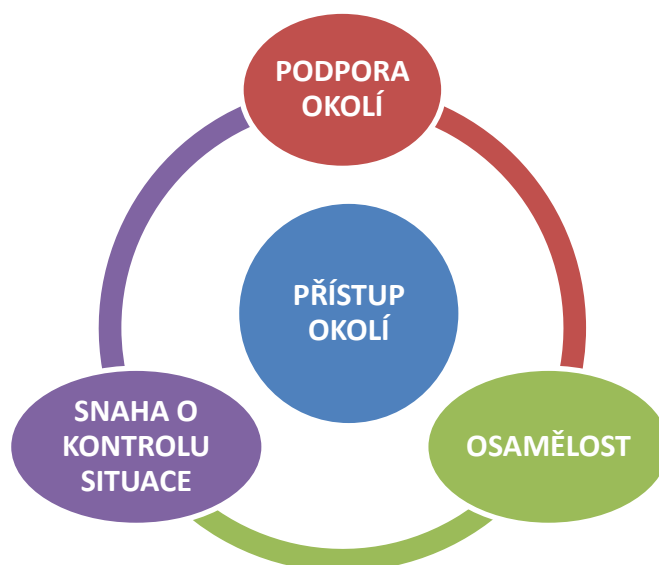
7.4. Kategorie „Přístup okolí“

V nejširším smyslu je přístup okolí ve společenských vědách chápána nejčastěji ekonomicky a politicky soběstačná skupina lidí obou pohlaví, všech věkových skupin sdílejících společnou kulturu, území a hodnoty, respektujících vlastní normy, instituce a kulturní vzory, kteří sami sebe pociťují jako jednotnou entitu odlišnou od jiných skupin. (Černá, 2017).

Nejčastějším problémem je pro pacienty začlenění. Dalšími neméně významnými a vlivnými přístupy jsou např.: chápání společnosti jako sociální struktury, systému společenských vztahů, jako organizované a institucionalizované řešení sociálních konfliktů (a problému přežití vůbec) nebo jako civilizace či kultury. Jsou však i pacienti, kteří počítají s pomocí od svých nejbližších – rodiny. K dalším negativním reakcím patří nezájem o komunikaci (Černá, 2017).

Z analýzy dat v této kategorii vyplývají tři nejčastěji se opakující subkategorie (viz Graf 4).

Graf 4 – Kategorie „Přístup okolí“



Zdroj: autor

- **Podpora okolí** – Ve většině případů měly rodiny o probandy strach, že zemřou („Rodina měla o mě strach, báli se, že umřu.“ P06M). Děly si o ně starosti a chodily je denně navštěvovat. Někteří rodinní příslušníci si brali v zaměstnání volno, aby mohli být se svými nemocnými („Manžel měl o mě tak velikánský strach, že ani nechodil do práce a byl pořád u mě, až mě to už někdy štválo, že jsem neměla pomalu klid.“ P10Ž). Součástí obav nejbližších byla i jejich podpora týkající se především zabezpečení chodu rodiny v průběhu hospitalizace. Zaznamenala jsem ale i podporu psychickou, kdy nejbližší podporovali probanda v jeho rozhodnutí podstoupit odvykací kúru na alkoholu („Postarali se o syna a chodí mě navštěvovat a budou mi pomáhat při odvykání od alkoholu.“ P07Ž). Důležitou částí podpory okolí je i rodinné zázemí, díky kterému mají někteří probandi rodiny, děti, vnoučata, přátele a kvůli nim chtějí být co nejdříve v pořádku („Mám tu svou rodinu, kamarády, tak už kvůli nim musím být v pořádku.“ P06Ž). Jsou šťastni a po uzdravení se chtějí rodině více věnovat. Zaznamenala jsem však i odpověď probandky, která řeší rodinný problém spočívající v rozvodu a svěřením dítěte do péče („To víte, rodinné problémy. Rozvádím se s manželem a teď bude soud a ještě ke všemu bude boj o svěřením dítěte do péče.“ P08Ž). Doufá ale, že se s manželem domluví.
- **Osamělost** – Jedná se o vdovy („Tak už jsem 10 let vdova.“ P12Ž) a tzv. samotáře (svobodný, bezdětný – singl) („Manželku nemám a děti nechci, jsem takový samotář.“ P04M). Příčiny, jejich samoty jsou různé. Zde uvádím např. úmrtí nejbližších (rodičů) („Nikoho nemám, maminka mi zemřela, když jsem byla malá

a tátu neznám..." P03Ž), opuštění manželem („Manžel mě opustil, jsem sama na vše." P07Ž), ztráta zaměstnání, kdy se k probandovi rodinní příslušníci otočili zády („Nemám nikoho. Když jsem přišel o práci, tak se ke mně všichni otočili zády. Mám jen kamarády." P07M) a bydlení pouze s rodiči. Jedna probandka řešila samotu tak, že si do rolí nejbližších postavila pivo a víno („...tak sem sama a jediný můj kámoš je pivo a víno. S nimi mi je nejlíp." P01Ž).

- **Snaha o kontrolu situace** – Vyskytl se i případ, kdy rodina převzala nad situací kontrolu. („A když zjistili, z čeho to mám, tak mi vynadali a zrušili mi kolej, a teď budu muset bydlet u nich a dojíždět.."P11Ž) Otázkou zůstává, z jakého důvodu tak rodina činí. Jde-li o pocit viny, selhání při výchově, strach o jedince či čistě jen o autoritářství a potřebě mít situaci pod kontrolou. Na jednu stranu jde o chválihodný krok, na straně druhé pocit zodpovědnosti a motivaci ke změně přebírá rodina nikoliv však jedinec sám. Můžeme tedy předpokládat, že k trvalým změnám nemusí dojít.

7.5. Kategorie „Životní styl"

Životní styl je stěžejní determinantou zdraví. Můžeme jej definovat jako styl, který zahrnuje formy chování v daných životních situacích. Životní styl neboli způsob života zásadní měrou ovlivňuje náš zdravotní stav. Způsob života, jakým žijeme, se na něm do jisté míry podílí z 50-60 %, životní prostředí asi z 10 %, úroveň zdravotní péče zhruba z 20 % (Kebza, 2003).

Je velmi důležité si uvědomit, že životní styl se skládá z několika oblastí (fyzická, psychická, sociální), které nelze jednoznačně oddělit, neboť jsou komplementárně propojeny. Chceme-li na tyto složky působit, je nezbytné porozumět základním pravidlům příčin a následků, které se v rámci působení na tyto složky vyskytují. Pokud dojde k tomu, že jeden segment není v souladu s celkem, potom nemůže dobře fungovat ani druhá část. Koneckonců tohle už věděli i staří Řekové. Již Platón prohlásil: „Část nemůže být nikdy zdravá, pokud není zdravý celek." (AGUS, 2012).

Tyto složky tvořící životní styl jsou ovlivňovány množstvím faktorů. Jsou to například pohybová aktivita, výživa a pitný režim, regenerace, pracovní režim, volný čas, vliv okolního prostředí, sociální vztahy, úroveň lékařské péče a jiné. Na základě kvality těchto faktorů, je výsledný zdravý životní styl na vyšší či nižší úrovni (Kastnerová, 2012).

Velmi důležitá součást životního stylu je výživa. V moderním světě máme čím dál větší výběr potravin. Tento výběr má svá určitá pozitiva, ale i negativa. Velké množství nově vzniklých druhů potravin člověk k životu vůbec nepotřebuje, jako jsou např. rychlá

občerstvení. Je tedy nesmírně důležité se v dnešním světě potravin dobře orientovat a vědět, které potraviny jsou pro konzumaci vhodné a které nikoliv (Kubátová, 2010).

Dalším podstatným aspektem životního stylu je pohybová aktivita. V současné době přibývá stále zaměstnání, kde převládá sedavý způsob práce a vytrácí se běžná pohybová aktivita. Je to jeden z faktorů, díky kterému převládá energetický příjem nad energetickým výdejem. Je tedy nezbytné více se věnovat pohybovým aktivitám ve volném čase a myslet také na vhodnou regeneraci a odpočinek. Velký vliv na úroveň životního stylu má i duševní pohoda. Všechny tyto složky, které jsou nedílnou součástí životního stylu, by měly být ve vzájemné rovnováze. Proto je vhodné skloubení práce, aktivit ve volném čase, odpočinku, dobrého stravovacího režimu a pozitivního přístupu k životu. Pokud se toto skloubení podaří, lze pak hovořit o kvalitním životním stylu (Machová, Kubátová, 2009).

Výše zmíněné pojmy: výživa a pohybová aktivita, lze úzce spojit s pojmem „wellness“, který užívá Blahušová (2009). Definuje jej jako stálou a uváženou snahu, která je zaměřena na udržení a upevnění zdraví, ale i k dosažení co nejlepší úrovně životní vyrovnanosti. Autorčino chápání pojmu „wellness“, jakožto prostředku k formování zdravého životního stylu, je vyváženým souborem zdravé životosprávy, dostatečného pohybu a tělesné aktivity, duchovní hygieny, citových vyžití i souladu osobnosti. Dbá-li člověk na správné aplikování pravidel wellness, těší se dobrému zdraví. Vlivem toho může být více šťastný, je schopen produktivněji řešit kritické situace nebo lépe snášet náročnější fyzické úkoly. Vyzařuje větší energii, má dostatek sebedůvěry, je schopen projevovat lásku a žít naplno svůj život. Zdravý životní styl není tzv. neměnný stav. Je to naopak jeho neustálá proměnlivost, kterou můžeme prostřednictvím wellness ovlivňovat.

Z analýzy dat v této kategorii vyplývá osm nejčastěji se opakujících subkategorií (viz Graf 5).

Graf 5 - Kategorie „Životní styl“



Zdroj: autor

- **Povědomí o zdravé životosprávě** – Probandi se vyjadřují vesměs shodně. Jejich představa o kvalitě života a životního stylu je taková, že se jedná především o zdravou stravu, pohodu, klid, žádný stres, dostatek kvalitního spánku a odpočinku. Řadí sem také ne příliš namáhavou práci. Dále zmiňují dobré rodinné a sociální zázemí a častou pohybovou aktivitu („*Tak určitě ta správná strava, ovoce, zelenina, netučná jídla, méně stresu, pravidelná pracovní doba a dostatek pohybu.*“ P06M). U stravy hovoří zejména o konzumaci zeleniny, ovoce a dále pak o pravidelnosti stravování („*Správná strava, ovoce, zelenina, netučná jídla, méně stresu, pravidelná pracovní doba a dostatek pohybu, kvalitní spánek a mít milující rodinu, jako mám já, nebo někdo jiný.*“ P13Ž). Z faktorů, které negativně ovlivňují kvalitu života a zdravý životní styl, nejvíce zmiňují konzumaci alkoholu, smažených jídel, kouření, nízkou pohybovou aktivitu a užívání drog.
- **Přiznání vlivu na nemoc** – Většina probandů připustila, že životní styl a špatná životospráva mohou způsobit onemocnění akutní pankreatitidy. Právě do této subkategorie jsem zařadila probandy, kteří se vyjádřili jednoznačně pozitivně ve smyslu názvu této subkategorie („*To každopádně.*“ P11Ž). Ano, většina probandů připustila, že konzumace smažených jídel, nepravidelná strava, konzumace alkoholu, stres, nedostatek volného času, nízká pohybová aktivita, užívání drog atd. mohou způsobit toto onemocnění. Někteří uvedli, že je jen na nás, na každém jedinci, jak si zařídí život („*Tak to je snad samozřejmé, že alkohol, drogy a špatné masné tučné jídlo ovlivňuje náš způsob života, ale je jen na nás, jak si ho necháme ovlivnit.*“ P02Ž).

- **Špatná životospráva** – Důvody špatné životosprávy jsou různé. Probandi přiznali špatný způsob života a životosprávy. Dochází nejen k přejídání masem, zejména bůčku, smažených jídel, sladkostí ale i ke zvýšené konzumaci alkoholu („*A co se týče mého způsobu života? No přiznávám, nevedu ho moc dobře. Hodně se přejídám, mám rád maso, bůček, sladké, pivo. Takže asi radši dál pokračovat nebudu. Víím, že to není moc dobře.*“ P02M). V některých případech je konzumace alkoholu nadměrná a častá. Jedná se o 2-5 piv, 2 lahve vína a vodku denně („*Když se mě zeptal, jestli piju alkohol, tak sem mu řekla pravdu, že ano a často. Každý den vypiju 2-3 piva a láhev vína. Když mám špatný den, tak si dám i dvě lahve vína.*“ P01Ž). Právě konzumací alkoholu se probandi snaží uniknout před realitou a řešit své problémy („*Ano je to špatné tohle, ale jsem ráda, že díky tomu alkoholu, na chvílku vypnu a všechny starosti jdou stranou.*“ P03Ž). Bohužel jen dočasně. Společně s konzumací alkoholu uvádějí zároveň i kouření; a to krabičku denně („*Kouřím hodně, tak 20 cigaret za den a pivo tak 5 piv denně.*“ P03M). Jeden proband přiznal i kouření marihuany („*Nevím, já prakticky nic nedělám, jen sedím doma, koukám na televizi a s kamarádama piju vodu, nějaký to pivko, sem tam tráva.*“ P07M). V menší míře se objevila nepravidelná strava a rychlé jídlo z McDonald's („*Přiznávám, mám nepravidelnou stravu, jím i za pochodu. Sem tam si dám rychlé jídlo z McDonaldu a doma si dám na noc třeba omáčku s knedlíkem, co vaří manželka. Takže si myslím, že je to tím.*“ P01M). Zaznamenala jsem jak ztrátu zaměstnání, kdy probandka již nové ve svém oboru nesehnala („*Dříve jsem byla zaměstnaná a pracovala jsem jako učitelka v MŠ, ale školku zavřeli a už jsem nenašla nikde místo. No a tak to všechno začalo.*“ P01Ž). Stejně tak ale i vysoké pracovní nasazení, kdy byla probandka skoro stále v práci, a proto se s ní chce manžel rozvést („*Chápete, že se manžel chce rozvést jen kvůli tomu, že jsem skoro pořád v práci?*“ P08Ž). V obou případech stres způsobený těmito událostmi byl spouštěčem alkoholizmu. Další příčinou nesprávné životosprávy byl rovněž nedostatek času, kdy probandi neměli čas se v klidu najíst a stravu řešili mnohdy nekvalitním rychlým občerstvením („*To víte, při mém zaměstnání nestíhám pořádně a pravidelně jíst a tak to jistí rychlá občerstvení.*“ P05M).
- **Pracovní zatížení** – Nadměrné pracovní zatížení je hlavním stresovým faktorem dnešní doby (Plamínek, 2008). Do této subkategorie jsem zařadila odpovědi probandů, kteří uváděli jako vysoké pracovní zatížení náročný třísměnný a nepřetržitý provoz a nepravidelnou pracovní dobu („*Pracovní doba? To mám třísměnný provoz, dělám ranní, odpolední a noční. Je to někdy náročné, ale někdy ne.*“ P02M). V souvislosti s tím poukazovali na to, že mají zajímavou práci, která je baví, ale z důvodu nedostatku personálu musí být stále v práci. Ve stejné situaci je

i majitel firmy, bez kterého by firma nemohla fungovat („*Jsem moc zaměstnaný člověk, který má velkou prosperující firmu, která beze mě nemůže fungovat.*“ P06M). Právě častá psychická a fyzická zatížení jsou jedny z faktorů, které ovlivňují naše zdraví. Někteří z dotazovaných probandů uvedli, že jejich profese je velice psychicky, ale i fyzicky náročná. Jedná se především o profesi lékaře („*Mé zaměstnání je určitě fyzicky i psychicky náročné, ale miluju své povolání.*“ P05M), zdravotní sestra („*Tak jak sama jistě víte, tak tohle zaměstnání je jak fyzicky, tak i psychicky náročné.*“ P07Ž), ale i servírka („*Zaměstnání je dost psychicky i fyzicky náročné. Ale které není?*“ P03Ž). Profesi, která je více náročná na psychiku, a nikoliv na fyzickou zátěž, uvádí např. řidič tramvaje („*Mám rád tu práci. Ale je někdy až moc náročná na psychiku, kvůli občanům v MHD, kteří jsou problémoví a dělají naschvály. To mě vždycky tak vytočí, že se nedivím, že mám žlučnickový kameny.*“ P02M) nebo studentka medicíny („*Spíše je pro mě vše psychicky náročné, než fyzicky.*“ P11Ž). Existuje velmi mnoho povolání, která mají nepravidelnou pracovní dobu. Zejména se jedná o dvousměnný, třisměnný a nepřetržitý provoz např. ve zdravotnictví, policii, vojenské službě, kdy se pracuje v režimu denní/noční („*Pracovní dobu mám nepravidelnou, někdy končím brzy, jindy chodím až pozdě v noci domů.*“ P06M).

V případě mého výzkumu se jedná především o práci ve zdravotnictví, kdy se v důsledku nepravidelné pracovní doby lidem naruší cirkadiánní rytmus; jako je narušení pravidelnosti příjmu potravy (kvalita, pestrost, vyváženost), poruchy spánku a málo odpočinku (Petr, 2014). Úzce souvisí s nepravidelnou pracovní dobou. Dotazovaní probandi uvedli, že tím, jak začali opět pracovat, přestali mít čas se v klidu najíst, což řešili návštěvami fast foodu, jen aby se najedli („*... ale co jsem nastoupil do zaměstnání, tak už na to nezbyl čas, a tak jsem se začal stravovat v rychlém občerstvení, jen abych se najedl.*“ P05M). Paradoxně na nedostatek volného času poukazovala probandka na mateřské dovolené, kterou výchova dcery natolik zaměstnává, že má volného času málo („*Úplně skvělé. Ale teď, jak jsem na mateřské, tak si toho volna moc neužiju. Pořád něco vymýšlím s malou. Chodíme na procházku, plavat. Takže to je trochu více fyzicky namáhavé...*“ P05Ž). Bohužel jednou ze stinných stránek nedostatku volného času, kdy byla probandka skoro pořád v práci, je i rozpad manželství („*Chápete, že se manžel chce rozvést jen kvůli tomu, že jsem skoro pořád v práci?*“ P08Ž).

- **Zaměstnání** – Probandi většinou uvádějí, že mají stálé zaměstnání. Někteří však chodí navíc ještě na brigádu, aby finančně zabezpečili rodinu („*...nebo jdu na víkend na brigádu do KFC.*“ P11Ž). Probandi pochází z různých zaměstnaneckých sfér. Jedná se o manažerské (P06M), odborné (P05M), technické (P04M) a dělnické

profese (P10Ž). Jsou zde ale i probandi studující (P11Ž), na mateřské dovolené (P05Ž), v evidenci úřadu práce (P07M) a důchodci (P12Ž). S pracovní dobou byli někteří dotazovaní probandi spokojeni („...a pracovní dobu jsem měla skvělou. Od pondělí do pátku a víkendy volné." P05Ž).

- **Odpočinek** – Součástí odpočinku je i psychická pohoda, která je pro naše zdraví velmi důležitá (Výrost, Slaměník, Sollárvá, 2019). Dle mého názoru je velmi důležité být šťastný. Většina probandů si uvědomuje, že pozitivní myšlení, odpočinek a psychická pohoda jsou tzv. klíčem ke šťastnému a zdravému životu („...víkendy mám volné. To jezdíme na chalupu." P02Ž). Na druhou stranu jsem se setkala i s probandy, kteří nejsou spokojeni se svými životy a převážně trpí depresemi, které se snaží „léčit“ v alkoholu („Ano je to špatné tohle, ale jsem ráda, že díky tomu alkoholu, na chvíli vypnu a všechny starosti jdou stranou." P03Ž). Každý den se setkávám s obrovským množstvím faktorů, které nás mohou ovlivnit a většina z nich je pro nás frustrujících nebo stresujících. Všechno se bohužel zbavit nemůžeme. Uvedu příklad u běžné situace. Může se sice jednat o banalitu, ale např. každého z nás dokáže rozčítit zpoždění autobusu při cestě do školy nebo práce. Právě to přispívá k pocitu frustrace, nepohody, nespokojenosti a stresu. Proto se musíme snažit více odpočívat a zbytečně se nestresovat.
- **Zdravá strava** – Na zdravé stravování se v dnešní době klade velký důraz. Způsob stravování je i jeden, ne však jediný, z rizikových faktorů pro vznik AP (Kostka, 2006). Někteří probandi uvádí, že jejich způsob stravování je v pořádku („Já jím zdravě, hlídám se, chodím pravidelně na procházku, spím pravidelně." P12Ž). Lze zaznamenat i určitý nesouhlas se současným onemocněním, jelikož mají pocit, že jejich stravování je v pořádku a tudíž by se jim toto onemocnění nemělo týkat. („Když nejím nic tučného, sladkého, můžu mít tohle?" P01M)
- **Rezignace** – Životní styl je hlavním ukazatelem našeho zdraví (Duffková, Urban, Dubský, 2008). Každý z probandů má dostatek informací o zdravé stravě a zdravém životním stylu, ale našlo se pár probandů, kteří tomu nevěnují pozornost. Jsou to právě kuřáci, alkoholici, kterým je to všechno jedno a nemají vůbec žádný zájem získávat informace o zdravé stravě, zdravém životním stylu („Kouřím hodně, tak 20 cigaret za den a pivo tak 5 piv denně. Ale vůbec mi to nevadí." P03M).

Právě působení dlouhodobého stresu, vyplývajícího z nadměrné fyzické, psychické či emocionální zátěže, nám významně narušuje integritu osobnosti. Z toho vyplývá, že člověk v dnešní době začal vést převážně sedavý způsob života, kdy v pracovní

i mimopracovní době převážně sedí, z místa na místo se přemísťuje automobilem, nedostatečně sportuje, nedbá na správnou životosprávu, kouří, více požívá alkohol. Dokonce se setkáváme i s tím, že dochází ke zhoršování mezilidských vztahů. Životní styl se více orientuje na neustálou honbu za novými věcmi, za úspěchem, mocí a penězi (Joshi, 2007).

Neustálý spěch, pracovní vytíženost, nedostatek času na sebe i ostatní členy rodiny a děti poznamenává náš způsob života a vytváří tak stresové situace, které mnohdy nedokážeme unést (Joshi, 2007).

V rámci provedených rozhovorů jsem zjistila, že většina probandů pojmu životní styl rozumí a správně uvádí jeho součásti. Uvědomují si, že například správné stravování, pohyb a přiměřené množství stresu ovlivňuje jejich zdravotní stav. Vědí, jaké potraviny jíst/nejíst, jak se hýbat, avšak jejich dodržování se zdá být u některých probandů problematické až nemožné. Jejich motivace ke změně je minimální až nulová („*Kouřím hodně, tak 20 cigaret za den a pivo tak 5 piv denně. Ale vůbec mi to nevadí.*“ P03M). Jsou však i probandi, kteří si své chyby uvědomují, dokáží problém přesně pojmenovat a je tedy pravděpodobné, že se po zkušenostech s tímto onemocněním pokusí o nápravu („*To víte, při mém zaměstnání nestíhám pořádně a pravidelně jíst a tak to jistí rychlá občerstvení.*“ P05M). Aby mohlo dojít k nápravě problému, je třeba umět si připustit problém, najít ho, pojmenovat a hlavně nalézt sílu/motivaci k jeho vyřešení. Zdá se, že problémem u probandů není nedostatek informací jako spíše vlastní přístup k životu.

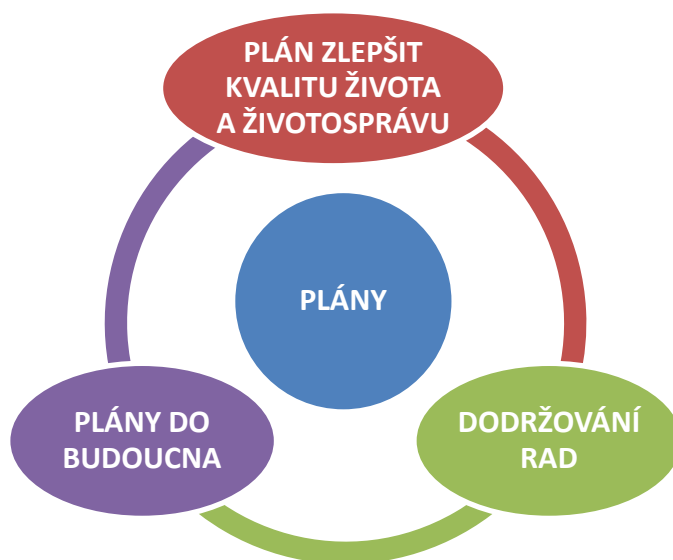
V závěru dané kategorie „Životní styl“ můžeme říci, že hlavní příčina špatného zdravotního stavu v dnešní moderní době je náš životní styl. Neustále každý někam spěcháme, stresujeme se, více se stravujeme nezdravým jídlem a nemáme pomalu čas na nic a na sebe. Pokud bychom chtěli minimalizovat riziko vzniku onemocnění a zhoršenou kvalitu života, měli bychom proto něco udělat. Většina probandů uvedlo, že celkově změní životosprávu, kam zařadí více ovoce, zeleniny, budou jíst pravidelně, nepřejídat se, omezí, až vynechají alkohol a kouření. Jiní zase naopak chtějí změnit zaměstnání, které je poslední dobou dost vyčerpává, jsou více psychicky i fyzicky vyčerpaní. Další chtějí dokázat nejen rodině a přátelům ale i sami sobě, že nato mají. Jen by chtěli trochu více podpory od rodiny, které je také velmi důležitá. Dalším nejčastěji udávaným motivem ke změně životního stylu pro probandy je zapojení se více do pohybových aktivit, které jsou také důležité. Tyto fakty jsou pro probandy velice důležité, protože jim to může přinést daleko lepší kvalitu života.

7.6. Kategorie „Plány“

Kategorie „Plány“ byla při analýze rozhovorů velice obsáhlá. U každého probanda, se kterým byl rozhovor veden, se plány do budoucna lišily. U mnoha probandů však došlo ke shodě v tom, že by chtěli svůj život prožít co nejlépe, v lepší kondici a zdraví, přestat pít, najít si lepší zaměstnání, vyvarovat se psychicky a fyzicky náročného zaměstnání, zlepšit životosprávu, ale i mít kolem sebe své nejbližší. Ale také jsem se setkala s odpovědí, kdy mají obavu z toho, co je čeká.

Z analýzy dat v této kategorii vyplývají tři nejčastěji se opakující subkategorie (viz Graf 6).

Graf 6 – Kategorie „Plány“



Zdroj: autor

- **Plán zlepšit kvalitu života a životosprávu** – Otázka kvality života a životosprávy je naprosto zásadní. Vyplývají z ní i ty nejpodstatnější a nejdůležitější projevy, které nám pomáhají v plánování (Rečková, 2018). Odpovědi probandů v subkategorii plán zlepšení kvality života a životosprávy se od sebe zásadně neliší. Většina hovoří o dlouhodobějších cílech. V první řadě se jedná o omezení konzumace alkoholu a kouření, nebo úplné abstinenci a vyvarování se konzumace smažených jídel („*Tak v první řadě se budu snažit jíst zdravě. Vynechám ten bůček, omezím alkohol a začnu se hýbat, i třeba jen každodenníma procházkama.*“ P02M). Dále se chtějí naučit správně jíst. Mají tím na mysli především pravidelné stravování a zařazení na jídelní lístek více zeleniny a ovoce („*Budu dodržovat správnou stravu, a hlavně pravidelně jíst...*“ P13Ž). Chtějí držet dietu, začít cvičit, nebo vyvíjet jiné pohybové aktivity, minimalizovat případný stres a s tím související omezení pracovního

nasazení, vyhledání klidnějšího zaměstnání, splacení hypotéky, či zbavení se dluhů (*„Tak určitě bych si v prvním případě chtěla najít práci, zbavit se dluhů, přestat pít, zlepšit rodinné vztahy, navštěvovat i toho psychologa...” P01Ž*).

- **Plány do budoucna** – Mít dobré plány je obrovským hnacím motorem splnit si něco, po čem toužíme a čeho chceme dosáhnout. Někdo je má malé, větší, velké nebo osudové (Joshi, 2007). Poté, co se probandi dostali do zdravotních problémů slibují, že budou vzornými pacienty. Po uzdravení si probandi, jejichž příčinou onemocnění byl žlučník, nechají tento chirurgicky odstranit (*„Po uzdravení si nechám vyndat žlučník, na doporučení lékaře...” P12Ž*). Další probandi chtějí dokázat rodině a svému okolí, že mají pevnou vůli se změnit k lepšímu. Zejména se jedná o konzumaci alkoholu (*„Chci rodině a známým ukázat, že na to mám se změnit” P01Ž*). Někteří probandi v tomto směru již kontaktovali, nebo budou kontaktovat psychologa ve věci zahájení protialkoholní léčby (*„Už jsem se i domluvila s nějakou psycholožkou, že k ní budu chodit a budu docházet na protialkoholní terapie a sezení.” P07Ž*). Vedle plánů do budoucna se objevila i otázka obavy z budoucna. Obava je subjektivním pocitem úzkosti z nastávajících životních událostí. Je aktualizována v důsledku vystavení se některým stresovým faktorům, jako je sdělení vážného onemocnění (Joshi, 2007). V našem případě se jedná o akutní pankreatitidu. Po přijetí k hospitalizaci a sdělení informací o onemocnění si probandi kladli otázky směřující do budoucnosti. Jak dlouho budou hospitalizováni, jestli budou operováni, jestli to přežijí a zda se ještě někdy dostanou z nemocnice domů (*„...tak jsem se lekl, a říkal jsem si, co bude vlastně teď? Jestli mě budou nebo nebudou operovat, jak dlouho tady budu, jestli se vůbec dostanu domů?” P02M*). V souvislosti s tím vyvstaly i otázky, jak to budou zvládat doma, jak bude postaráno o děti, jak to bude v zaměstnání, zda z důvodu absence nedostanou výpověď apod. A samozřejmě se vyskytla i otázka, zda zemřou (*„...a jestli umřu?” P01Ž*).
- **Dodržování rad** – Všichni probandi si dali předsevzetí, že budou dodržovat rady, nařízení a doporučení lékaře, zejména co se týče konzumace alkoholu, smaženého jídla a pohybu. Jsou si vědomi toho, že je to důležité pro jejich účinnou a úspěšnou léčbu (*„Budu dodržovat rady lékaře, protože má doktor co? Vždy pravdu.” P06M*).

Z rozhovorů s probandy vyplynulo, že prožívání života bezprostředně a naplno není jen tak jednoduché. Myšlenky nám sahají hluboko do budoucnosti. Je důležité se zamyslet nad tím, co bylo, tedy nad minulostí. Co jsme v životě prožili a udělali a to nás posunulo tam, kde jsme teď. Některé příčiny jako např. zvýšená konzumace alkoholu, kouření, nesprávná životospráva, stres, vyčíženost, nedostatek volného času i spánku a jejich

důsledky stavíme do kontextu a bereme si z toho ponaučení. Namísto toho, se ubíjíme výčitkami svědomí a sebelítostí. Minulost bohužel nelze nijak ovlivnit ani vrátit zpět. Velmi důležité je plánovat budoucnost. Přitom je to většinou důsledkem našeho jednání v přítomnosti. Někdy v našich představách a očekáváních vidíme tu nejhorší variantu. Díky ní se připravujeme na budoucnost, aby byla přínosnější a snáze adaptabilní. Budoucnost teprve přijde. Obsahuje veškeré varianty, které jsou podstatné pro naši budoucnost jako je např. respektování rad lékaře, plány do budoucna, obava z budoucnosti, plán zlepšit kvalitu života a životosprávu (Říčan, 2010).

8. Diskuse

V rámci tohoto kvalitativního výzkumu jsem se pomocí polostrukturovaných rozhovorů snažila zjistit a charakterizovat kvalitu života u pacientů, kteří byli hospitalizováni po prodělaném akutním zánětu slinivky břišní.

Na počátku jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku, která zní: *„Vnímají pacienti potřebu upravit životní styl v návaznosti na prodělanou ataku akutní pankreatitidy?“*. Z té vyplynul hlavní cíl práce: *„Zmapovat motivátory a bariéry pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy.“*, který se následně rozdělil do dalších třech dílčích cílů: *„Zmapovat postoje nemocných k jejich stravovacím návykům.“*, *„Analyzovat motivátory a bariéry kvality života, životního stylu, vlastního způsobu života, sociální, rodinné a pracovní pohody, ale i životosprávy pacientů před vznikem AP.“* a *„Zmapovat postoj pacientů k prodělané AP.“*.

Výzkumu se účastnilo dvacet probandů z různého sociálního prostředí, z toho třináct žen a sedm mužů, jejichž věkové rozpětí se pohybovalo od 20 do 70 let. U třinácti respondentů se projevila AP způsobená žlučovými kameny a u zbylých sedmi respondentů byla způsobena vlivem častého užívání alkoholu.

Jak již bylo výše zmíněno, jedná se o kvalitativní výzkum, který byl prováděn formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly následně zpracovány metodou otevřeného kódování. Vybrala jsem si záměrně tento typ rozhovoru, neboť je charakteristický předem daným souborem témat, volně přidruženými otázkami, jejich pořadím a volbou slov, přičemž otázky mohou být formulačně pozměněny a případně blíže vysvětleny otázkami doplňujícími. Otázky, které se zdály probandovi nevhodné, jsem musela vynechat nebo naopak mohla přidat. Polostrukturované rozhovory byly vybrány pro svou charakteristickou flexibilitu, volnost, organizovanost a hlavně systematickost.

Pro tento výzkum bylo stanoveno deset hlavních otázek, na které probandi odpovídali. Pokud to bylo možné nebo to situace vyžadovala, byly probandům položeny i doplňující otázky. Rozhovory probíhaly v místnosti pro návštěvy (pokud byla volná) nebo na pokoji probanda, což bylo někdy i nevhodné, protože pokoje byly často sdílené a probandi se díky tomu mohli cítit sklíčeně. S tímto souvisí i celkové psychické rozpoložení probandů, kteří byli krátce před propuštěním a přemýšleli primárně nad tím, jaké povinnosti je doma a v práci čekají. Na základě toho probandi odpovídali krátce a stroze. Dále je nutné zmínit, že chování některých probandů, jejichž ataku AP zapříčinilo požívání alkoholu, bylo charakteristické určitou dávkou agrese se sklony k nekomunikování. Myslím si, že v tomto případě by bylo v budoucnu vhodné provádět

s těmito problematickými probandy rozhovor v prostředí, které by bylo pro ně příjemným a nevyvolávalo by tak vnějšími podmínkami frustraci.

Za největší úspěch považuji to, že se mi podařilo dokončit rozhovor se všemi dvaceti probandy. Někteří byli více sdílnější jiní naopak méně, ale jak zmiňuji výše, na aktuální psychické rozpoložení probandů pro vedený rozhovor mohlo mít velký vliv prostředí, kde se rozhovor odehrával. Bylo by proto pro případný další výzkum nutné zajistit probandům v době rozhovoru stejné podmínky, které by nevyvolávaly jejich negativní naladění. To je však velmi obtížné, a to i u takto malého testovacího souboru, neboť zde musíme ke každému přistupovat jako k individu a jak víme, každý je jiný. Proto bych při rozhovoru zvážila i možné zapojení psychologa, který by u rozhovoru po celou dobu byl, nebo by ho dokonce celý vedl.

Ze získaných odpovědí lze probandy rozdělit do dvou skupin. V první skupině můžeme nalézt ty, kteří nepovažují toto onemocnění za „*konec světa*“ a počítají s budoucností, rodinou, zaměstnáním a aktivním způsobem života. Ve skupině druhé nalezneme pak jedince, kteří měli k nemoci negativní postoj. Nechtěli nic řešit, svalovali vinu na druhé, bylo jim vše jedno, stranili se lidí a odmítali si připustit, že si za své onemocnění mohou sami.

Pro hlubší porozumění některých motivátorů ke změně životního stylu, bych ráda s mým výzkumem usouvztažnila tematicky vzdálený výzkum Procházkové (2010), který se zabýval motivací ke změně u uživatelů pervitinu. V něm za nejdůležitější motivátory označuje: mezilidské vztahy, zdraví, práci (či školu), finance a životní styl. V mezilidských vztazích hráli hlavní roli partneři a děti, kteří mají k užívání drog negativní vztah. Ke zvýšení motivačního stimulu pak mohou přispět i zásadní negativní životní změny, jako např. rozvod, rozchod, úmrtí partnera či někoho blízkého. Motivátor zdraví pak na lidi působí v drtivé většině pouze tehdy, když se objeví zdravotní problémy, přesto je tento motivátor považován za nejdůležitější. Práce (i škola) a finance pak slouží pouze k lepšímu sociálnímu statutu a jako prostředek k opatření drogy, nikoliv jako motivační faktor pro změnu v užívání drog. Se životním stylem je většina uživatelů drog spokojena, ale najdou se však výjimky, které se svým způsobem života nejsou spokojené a rády by svůj životní styl změnily.

Přestože se v tomto výzkumu nacházejí jedinci, kteří jsou závislí maximálně na alkoholu, tabákových výrobcích či marihuaně, tak můžeme v jejich výpovědích hledat jisté paralely, které se v mnohém s výše zmíněným výzkumem shodují, ale zároveň rozcházejí.

Oproti výše zmíněnému výzkumu neplnily rodiny probandů pouze roli motivační. Téměř ve všech případech měly rodiny probandů strach z jejich úmrtí, dělaly si o ně starosti

a chodily je denně navštěvovat. Někteří rodinní příslušníci si dokonce brali v zaměstnání volno, aby mohli být nemocným na blízku. Probandi se díky tomu cítili šťastní a po uzdravení se chtěli rodině více věnovat a někteří chtěli v léčbě podstoupit odvykací kúru. Zásadní životní změny v podobě rozvodu, rozchodu, úmrtí partnera či někoho blízkého, naopak mohou aktuální psychické rozpoložení zhoršit, což vede i k celkovému zhoršení životního stylu, což se přímo podílí na vzniku AP.

U motivátoru „zdraví“ nacházíme výraznou paralelu, neboť i zde se probandi začali o své zdraví zajímat až tehdy, když se začala AP projevovat. Jako nejčastější symptomy probandi uváděli silné bolesti břicha, zvracení, bolest zad, nevolnost, třesavku, zimnici a horečku. Většina probandů byla schopna určit a uvědomit si příčinu svého onemocnění, nicméně uvědomění si vlastního zapříčinění onemocnění nebylo z některých výpovědí zcela patrné. Samozřejmě se objevili probandi, kteří se chtěli co nejdříve uzdravit, ale byli i tací, kteří na svůj zdravotní stav nebrali zřetel, a byl jim úplně lhostejný.

Práce (i škola) a finance zde způsobují vysoké fyzické a psychické zatížení, což může mít podíl na vzniku AP. Jedná se zejména o náročnost práce a nepravidelná pracovní doba, která mimo jiné znemožňuje pravidelné a zdravé stravování. Vlivem onemocnění AP lze pozorovat motivaci probandů k získání lepšího (méně náročného) zaměstnání. Objevili se však i tací, kteří sice přiznávají přímý podíl jejich zaměstnání na momentálním psychickém a fyzickém rozpoložení, přesto však chtějí u své práce setrvat, protože je naplňuje.

V rámci životního stylu lze v rámci tohoto výzkumu nalézt probandy (většina), kteří jsou schopni si přiznat podíl negativních influencerů (zejm. konzumace alkoholu a smažených jídel, kouření, nízká pohybová aktivita a užívání drog) na jejich současném stavu. Najít shodu u probandů, kteří jsou závislí (alkohol, cigarety). Probandi, kteří nejeví větší zájem o to, jak se v dané problematice zlepšit, pochází především z kruhu alkoholiků a kuřáků.

Oproti výše zmíněné studii se zde objevila i motivace o prodloužení života, čehož by chtěli probandi docílit např. pohybovými aktivitami či úpravou jídelníčku. Tím se dostáváme k prvnímu z dílčích úkolů.

Ukázalo se, že postoje probandů ke stravovacím nárokům byly před onemocněním spíše negativní než pozitivní, a to z toho důvodu, že většinou byli pohlceni prací natolik, že nestíhali jíst v klidu a zdravě. Tudíž se museli stravovat v rychlém občerstvení („*Přiznávám, mám nepravidelnou stravu, jím i za pochodu. Sem tam si dám rychlé jídlo z McDonaldu a doma si dám na noc třeba omáčku s knedlíkem, co vaří manželka. Takže si myslím, že je to tím.*“ P01M) nebo utíkali od problémů k alkoholu („*Ano je to špatné tohle, ale jsem ráda, že díky tomu alkoholu, na chvíli vypnu a všechny starosti jdou stranou.*“ P03Ž).

Z dílčího úkolu řešícího postoj pacientů k prodělané nemoci vyplývají různé závěry. Z odpovědí probandů vyplývá, že mají většinou pozitivní postoj k životu a nemají potřebu nic měnit, čili jsou spokojení. Jak uvedla např. probandka P05Ž: „*Nemám potřebu nic měnit. Mám skvělého manžela, dceru, rodinu. To mi ke štěstí stačí.*“. Přijmuli diagnózu („*Pan doktor byl strašně moc hodnej a všechno mi srozumitelně vysvětlil.*“ P04Ž), doporučení lékaře, aby se vyvarovali nesprávné životosprávě („*...hlavně, abych se příště vyvaroval tučnému jídlu, více se pohyboval a tolik nestresoval.*“ P06M), snažili se změnit způsob života a životosprávu („*Tak v první řadě se budu snažit jíst zdravě. Vynechám ten bůček, omezím alkohol a začnu se hýbat, i třeba jen každodenníma procházkama.*“ P02M, „*Vše mi bylo několikrát a opakovaně vysvětleno a budu se to snažit respektovat a změnit.*“ P01M) a to vše ve snaze být co nejdříve zdrav a fit.

Závěrem lze říci, že nejen z mého pohledu, ale i z pohledu ostatních zdravotníků je velmi důležité se zaměřit na zkvalitnění motivace pacientů ke změně jejich životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro AP, a to i přesto, že jsou sami pacienti již částečně k určité změně životního stylu motivovaní, což vyplývá z většiny odpovědí probandů tohoto kvalitativního výzkumu. Při sbírání podkladů pro mou diplomovou práci mi byl největším přínosem článek od autorů: Katarina Floreánová, Petr Dítě, Bohuslav Kianička, Lenka Dovrtělová, Marie Přecechtělová „*Akutní pankreatitida – validace nové klasifikace na souboru 159 nemocných a prognostické faktory.*“ Další článek, který mi velmi pomohl při psaní této práce, byl od autorů: L. Doležalová, P. Volšanský, F. Neumann, L. Denemark „*Těžká akutní pankreatitida – řešení komplikací kombinací miniinvazivních přístupů.*“ Poslední článek, který bych zde ráda vyzdvihla, pochází od autora: Vojtěch Česák, Hedvika Česáková, Michal Žourek, Kateřina Kovářová, Zdeněk Rušavý „*Výživa u akutní pankreatitidy*“, kde tito autoři popisují, co je konkrétně akutní pankreatitida, co je její příčinou, jaké jsou příznaky, vyšetřovací metody, správná výživa a léčba. Bohužel nikde není uvedeno, jaká je vlastně kvalita života u pacientů s AP. Proto se má diplomová práce na toto téma, „*Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy*“, zaměřila.

8.1. Limitující faktory výzkumu

Vzhledem ke kvalitativním metodám pracuji s poměrně dostatečným počtem vzorků, kdy může dojít ke zjednodušení výsledků dotazování a dokonce i k jejich zkreslení (Giddens, Sutton, 2013). Zkreslení může být způsobeno více faktory. Všeobecně platí, že všichni účastníci výzkumu mívají sklon k tomu, aby se chovali jinak než tehdy, když vědí, že jsou přímým předmětem zkoumání. Občas se u nich objeví snaha pomoci výzkumníkům šetření tím, že odpovídají na otázky tak, jak by si podle nich tazatel přál. Rizikem jsou i případné

nepravdivosti až lživé výpovědi probandů. Dalším limitujícím faktorem u probandů mohou být omezené schopnosti sebeanalýzy a jejich výpovědi o vnitřních psychologických procesech. Výzkumník u osobního rozhovoru je také schopen ovlivnit výpověď probanda, kdy při kladení otázek odráží svůj vlastní předsudek. Díky faktorům by mohlo být znemožněno poskytnout relevantní informace.

9. Závěr

V teoretické části diplomové práce se věnuji problematice akutní pankreatitidy, jejíž incidence ve světě mírně, avšak zřetelně stoupá. V první kapitole velmi stručně probírám anatomii a fyziologii pankreatu. Dále představuji etiologii akutní pankreatitidy. Stručně popisuji dělení, příznaky, diagnostiku a následnou léčbu. V souvislosti s tím zmiňuji i skórovací systémy pro hodnocení závažnosti zdravotního stavu. V terapii se zaměřuji na režimová opatření, se kterými je pacient seznámen před propuštěním do domácí péče. V kapitole zabývající se aspekty kvality života se zaměřuji na pojmy jako je motivace, životní styl a zdraví. Kvalita života je v současném zdravotnictví považována za důležitý ukazatel účinnosti terapie onemocnění, proto jí věnuji celou kapitolu, avšak hlavní pozornost soustředím na hodnocení kvality života pacientů po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče po prodělané pankreatitidě.

Praktická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu, kterého se zúčastnilo celkem dvacet probandů (7 mužů, 13 žen) ve věku $45,15 \pm 12,4$ let, kteří prodělali akutní zánět slinivky břišní, byli hospitalizováni na jednotce intenzivní péče a poté přeloženi na standardní oddělení. Z dvaceti případů onemocnělo 13 pacientů akutní biliární pankreatitidou a sedmi probandům byla diagnostikována AP způsobená alkoholem.

Mezi hlavní bariéry při změně životního stylu po atace pankreatitidy patří strach z budoucnosti, pocit viny, svádění viny na druhé lidi, pocit selhání, samoty a odloučení, citová netečnost vůči blízkým lidem; velká pracovní vytíženost, neustálý spěch, nedostatek času na sebe i ostatní členy rodiny, strach z opětovného začlenění do společnosti; špatné stravovací návyky, nedostatek pohybové aktivity, závislost na alkoholu či drogách a ignorace léčby jako takové.

Mezi hlavní motivátory při změně životního stylu po atace pankreatitidy patří samotné odhodlání pacientů k životní změně – úprava jídelníčku, pohybových návyků a aktivit, úprava pracovní doby či změna zaměstnání; pocit jistoty, bezpečí a naděje; pomoc rodiny a přátel nejbližších; snaha o prodloužení života, budování rodiny či starání se o ní a vidina nového životního začátku.

Přestože se v rámci výzkumného souboru vyskytovali probandi z různých sociálních zázemí, bylo v jejich bariérách a motivátorech možné nalézt určité trendy, ať již v rámci vnímání jejich budoucnosti, vytíženosti, životního stylu, motivace, či v rámci jejich vnímání emocí, pocitů a interakce se společností, která je obklopuje.

Jak již bylo výše zmíněno, následnou kvalitou života po atace AP se ještě žádný výzkum nezabýval. Proto tento výzkum považuji za pilotní. Pokud by můj výzkum měl něčím

příspěť, tak minimálně tím, že podnítl další zájem o tuto problematiku, který by vedl ke zlepšení kvality života lidí po atace AP. Při případném navázání na tento výzkum, by bylo vhodné vytvořit longitudinální studii, která by sledovala pacienty po prodělané AP v delším časovém horizontu, čímž by se mimo jiné prokázala intenzita jednotlivých motivátorů a bariér, které vznikly současně s tímto onemocněním.

10. Seznam použité literatury

1. ADAMUS, M. a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Křížkovského 8, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
2. AGUS, Dr. David B. a Kristin LOBERGOVÁ. *Konec nemocem?: Nový pohled na zdraví a nemoc*. Praha: Fortuna Praxis, 2012. s. 10. ISBN 978-80-7321-679-5.
3. BALLIET, W. E. a kol. 2012. *Depressive Symptoms, Pain, and Quality of Life among Patients with Nonalcohol-Related Chronic Pancreatitis*. *Pain Research and Treatment*. 2012, p. 1-5. ISSN neuvedeno.
4. BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ D., HECZKOVÁ J. a NALOS D., (eds.). *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
5. BEZDIČKOVÁ, M. a SLEZÁKOVÁ L. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.
6. BIRD, C. M. (2005). *How I Stopped Dreading and Learned to Love Transcription*. *Qualitative Inquiry*, 11(2), 226–248. doi:10.1177/1077800404273413
7. BLAHUŠOVÁ, E. *Wellness. Jak si udržet zdraví a pohodu*. Velké Bílovice : TeMi CZ, 2009, ISBN 978-80-87156-33-9.
8. BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
9. BORTOLOTTI, P., SAULNIER, F., COLLING, D., REDHEUIL, A., PREAU, S. *New tools for optimizing fluid resuscitation in acute pancreatitis*. *World Journal of Gastroenterology*. 2014; 20: ISSN: 16113-16122
10. BRAUN, V. and CLARKE, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887
11. ČELEDOVÁ, L. a ČEVELA R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
12. ČERNÁ, PH.D., Mgr. Martina. *SOCIÁLNÍ PSYCHOLOGIE: STUDIJNÍ TEXT PRO STUDENTY OBORU ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK*. VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA, Katedra sociální práce, 2017, 124 s. ISBN 9788072625994.

13. ČESÁK, V., ČESÁKOVÁ, H., ŽOUREK, M., KOVÁŘOVÁ, K., RUŠAVÝ, Z. *Výživa u akutní pankreatitidy*. Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa. 2015, roč. 18, č. 3, s. 136-140. ISSN: 1211-9326; 1212-6853 (elektronická verze).
14. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ L., a DOLANSKÝ H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2860-5.
15. DÍTĚ, P., NOVOTNÝ, I., KOCNA, P. a kol. 2013. *Zvláštnosti diagnostiky a terapie exokrinní pankreatické nedostatečnosti*. Vnitřní lékařství. 2013, roč. 59, č. 1, s. 65-70. ISSN: 0042-773X.
16. DÍTĚ, P., TRNA, J., NOVOTNÝ, I. a kol. 2011. *Chronická pankreatitida v roce 2011*. Vnitřní lékařství. 2011, roč. 57, č. 11, s. 891-896. ISSN 0042-773X.
17. DOLEŽALOVÁ, P., VOLŠANSKÝ P., NEUMANN F. a DENEMARK L. *Těžká akutní pankreatitida – řešení komplikací kombinací miniinvazivních přístupů. Rozhledy v chirurgii*. 2014, 93 (4), s. 216-219.
18. DUFFKOVÁ, J., URBAN L. a DUBSKÝ J., 2008. *Sociologie životního stylu*. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. Vysokoškolské učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš čeněk). ISBN 978- 80-7380-123-6.
19. DUJSÍKOVÁ, H., DÍTĚ, P., TOMANDL, J. a kol. *Idiopatická chronická pankreatitida a metabolické osteopatie*. Česká a Slovenská Gastroent a hepatol, 2008, 62, č. 1, s. 11-14.
20. DYLEVSKÝ, I. a OREL M. *Funkční anatomie: pro humanitní obory*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3240-4.
21. FLOREÁNOVÁ, K., DÍTĚ, P., KIANIČKA, B., DOVRTĚLOVÁ, L., PŘECECHTĚLOVÁ, M. *Akutní pankreatitida – validace nové klasifikace na souboru 159 nemocných a prognostické faktory*. Vnitřní lékařství. 2014, 60(7-8), 567-574. ISSN 0042-773X.
22. FORSMARK, *Management of Chronic pancreatitis*. Gastroenterology. 2013. 144/6, 1282-1291
23. FRANKEOVÁ, J. a JABOR A. *Encyklopedie laboratorní medicíny pro klinickou praxi: Ransonova kriteria* [online]. 2007 [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/JFABK.htm>

24. FRANKEOVÁ, J. a JABOR A. *Encyklopedie laboratorní medicíny pro klinickou praxi: APACHE II (Acute Physiology & Chronic Health Evaluation)* [online]. 2007 [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/AJFGF.htm>
25. FRANKEOVÁ, J. a JABOR A. *Encyklopedie laboratorní medicíny pro klinickou praxi: Glasgow coma scale* [online]. 2007 [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/AJFGC.htm>
26. FRIČ, P., 2009. *Klasifikace chronické pankreatitidy*. Postgraduální medicína. Ročník 11, č. 6, s. 651 - 654. ISSN:1212-4184
27. GARDNER, T. B. a kol., 2010. *Chronic Pancreatitis and its Effect on Employment and Health Care Experience: Results of a Prospective American Multicenter Study. Pancreas*. 2010, 05, vol. 39, no. 4, pp. 498-501. ISSN neuvedeno.
28. GIDDENS, A., SUTTON, P.W. *Sociologie*; Argo: Prague, Czech Republic, 2013; ISBN 978-80-257-0807-1.
29. GOULDEN, M. R., 2013. *The pain of chronic pancreatitis: a persistent clinical challenge*. British Journal of Pain. 2013, 7.1, p. 8-22. ISSN neuvedeno.
30. GREGOROVÁ, 2018. Dostupné z: http://osel.cz/popisek.php?popisek=24709&img=obr-2_2.jpg
31. GRIST, E., JUPP, J., JOHNSON, C. D., 2012. *Quality of Life in Chronic Pancreatitis. Gastroenterology and Hepatology Review*. 2012, 7 (4), p. 258-63. ISSN neuvedeno.
32. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. EAN: 24761312.
33. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
34. HELLER, PhDr. Daniel. *Psychologie vývojová a osobnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2014, 56 s. ISBN 978-80-7290-681-9.
35. HENDL, J., 2006: *Kvalitativní výzkum v pedagogice*. FTVS, Karlova Universita. Načteno z <http://www.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/kvalvyzkpedhendl.pdf>
36. HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.

37. HOCH, Jiří a kolektiv, 2011. *Speciální chirurgie*. Vydání 3. rozšířené a přepracované. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-253-7.
38. HOUSKA a kol. 2011. *Neobvyklá komplikace chronické pankreatitidy*. Gastroenterologie a hepatologie. Ročník 65, č. 3, s. 154-156. ISSN 1804-7874
39. HRUBANT, K. *Akutní biliární pankreatitida*. Časopis lékařů českých. Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně. ISSN 0008-7335. 2007. roč. 146, č. 1, s. IV.
40. HVOZDIČKOVÁ, A., STOLINSKÁ, K. *Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP. Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2011, roč. 20, č. 12, s. 77-79.
41. CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K., JEŽORSKÁ, Š., BÁRTLOVÁ, S. 2012. *Zkoumání limitů životního stylu jedinců s chronickým onemocněním: (První zkušenosti s metodikou kvalitativního výzkumu v ošetrovatelství)*. Kontakt [on-line]. 2012, roč. 14,
42. CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K., 2010. *Využití metodologické triangulace kvalitativního výzkumu pro zkoumání limitů životního stylu chronicky nemocných dle ošetrovatelských domén*. 2010, roč. 3, č. 3, s. 151-164. ISSN: 1803-4330.
43. CHRASTINA, J., ŽIAKOVÁ, K., IVANOVÁ, K. a kol. 2011. *Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků*. In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011, s. 112-127. ISBN 978-80-89544-00-4.
44. JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
45. JOSHI, V. *Stres a zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.
46. JUPP, J., FINE, D., & JOHNSON, C. D. (2010). *The epidemiology and socioeconomic impact of chronic pancreatitis*. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 24(3), 219–231. doi:10.1016/j.bpg.2010.03.005
47. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání 2007. Grada Publishing, a.s, 2007. s. 42-44. ISBN 978-80-247-1830-9.
48. KASTNEROVÁ, Markéta. *Poradce zdravého životního stylu*. České Budějovice: Nová Forma, 2012. ISBN 9788074532504.
49. KAŤUCHOVÁ, J., RADOŇÁK, J., *Súčasné možnosti chirurgickej liečby chronickej pankreatitidy – literárny prehľad*. Časopis lékařů českých. 2011. 150/7. 378-383.

50. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
51. KOHOUT, P., LIŠKOVÁ, M., MENGEROVÁ, O. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. 1. vyd. Praha: Forsapi, s.r.o 2007. ISBN 978-80-903820-3-9.
52. KOSTKA, R. *Akutní pankreatitida: Komplexní přístup*. Praha: Galén, 2006. 233 s. ISBN 80-7262-427-X.
53. KRECHLER, T. *Nemoci slinivky břišní*. 2007. In: LUKÁŠ, Karel a kolektiv. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
54. KŘEMEN, J. a kol. 2009. *Enterální a parenterální výživa*. Vydání 1. Praha: Mladá fronta, a.s. ISBN 978-80-204-2070-1.
55. KŘIVÁNKOVÁ, M. a HRADOVÁ M. *Somatologie – Učebnice pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. a.s., 2009, 214 s. ISBN 978-802-4729-886.
56. KUBÁTOVÁ, Helena. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada, 2010. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2456-0.
57. LATA, J., BUREŠ J. a VAŇÁSEK T. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 256 s. ISBN 978-807-2626-922.
58. LINKOVÁ, M., KIMÁKOVÁ, T., RÁČZ, O. *Kvalita života chronicky chorého člověka*. In Bedeker zdraví. 2010, roč. 6, č. 3, s. 72-74. ISSN 1337-2734.
59. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie: Učebnice*. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
60. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
61. MALINA, P., CEJP V. a JABOR A. *Těžká akutní pankreatitida - laboratorní monitorování zaměřené na rozlišení sterilní a infikované nekrózy. Klinická biochemie a Metabolismus*. 2012, roč. 20, č. 4, s. 244-247. ISSN 12107921.
62. MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.)

63. MENGEROVÁ, O., MAREČKOVÁ O. *Akutní stavy ve vnitřním lékařství: Dieta a rady lékaře*. 1.vyd. Praha: Pavla Momčilová, 2008. ISBN 80-85936-52-6.
64. MERKUNOVÁ, A. a OREL M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
65. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN: 80-247-1362-4.
66. MOKROWIECKA, A., PINKOWSKI, D., MALECKA-PANAS, E., JOHNSON, C. D. 2010. Clinical, Emotional and Social Factors Associated with Quality of Life in Chronic Pancreatitis. *Pancreatology* 2010, 04, vol. 10, no. 1, pp. 39-46. ISSN 14243903.
67. NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978- 80-247-2319-8.
68. PAFKO, P. *Základy speciální chirurgie*. 1. Vyd. Praha: nakladatelství Galén, Nakladatelství Karolinum. 2008. ISBN 978-80-7262-402-7
69. PANG, T. C, WILSON O., ARGUETA M. A. a kol. *Frozen section of the pancreatic neck margin in pancreatoduodenectomy for pancreatic adenocarcinoma is of limited utility*. *Pathology* 2014; 46(3): 188-192.
70. PIŤHA, J., POLEDNE, R. *Zdravá výživa pro každý den*, 1.vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2009, 144 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
71. PENDHARKAR S. A., PETROV M. S. *Bringing patient – centered care to the fore in diseases of the pancreas*. *Gastroenterology Research and Practice*. 2015; 459214.
72. PETR, J. *Denní spánek narušuje cirkadiánní rytmy*. *Medical tribune*, 2014, roč. 10, č. 3, B3. ISSN: 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/32249-dennispanek-narusuje-cirkadianni-rytmy>
73. PETROV M. S., WINDSOR J. A. Classification of the severity of acute pancreatitis: how many categories make sense? *Am J Gastroenterol* 2010;105:74-6.
74. PEZZILLI, R. a kol. *Quality of Life in Cronic pancreatitis*. *World Journal Of Gastroenterology*. 2006, 12/39, 6249-6251.
75. PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládní*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 178 s. ISBN 978-80-247-2593-2.

76. PROCHÁZKOVÁ, Nikola. *Klienti závislí na drogách a jejich motivace ke změně*. Brno, 2010. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Jiří Vander, DiS.
77. PUYLAERT, M. a kol. *Pain in chronic pancreatitis. Pain Practise: The Official Journal of World Institute of Pain*. 2011. 11/5. 492-505.
78. PYŠNÝ, L. 2008. *Kvalita života II*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2008. 202 s. ISBN 978-80-7414-045-7.
79. REČKOVÁ, Jana. *Kvalita života*. Praha: EPOCH, 2018. ISBN 978-80-7557-123-6.
80. ROKYTA, R. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.
81. ŘÍČAN, CSC., prof. PhDr. Pavel. *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. 6., revidované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.
82. SCHEIN, M., ROGERS P. *Urgentní břišní chirurgie*. 1. české vydání Praha: Grada, 2011. 448 s. ISBN 978-80-247-2357-0.
83. SINGER P., BERGER M. M., Van den BERGHE G., BIOLO G., CALDER P., FORBES A. a kol. ESPEN guidelines on Parenteral Nutrition: intensive care. Clin Nutr 2009;33: 246e51.
84. SKIPWORTH, J., STEHEN R. A. a PEREIRAB P. *Akutní pankreatitida. Current opinion in critical care*. 2008, roč. 2, č. 2, s. 36-41. ISSN 1802-3819.
85. STIGLIANO, S., STERNBY, H., de MADARIA, E., CAPURSO, G., PETROV, MS. *Early management of acute pancreatitis: A review of the best evidence*. Digestive and Liver Disease. 2017; 49(6):585–594.
86. STRAUSS, A. a CORBINOVÁ J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
87. STREITOVÁ, D. a ZOUBKOVÁ R. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5215-0.
88. SVAČINA, Š., MÜLLEROVÁ D. a BRETŠNAJDROVÁ A. *Dietologie: pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 331 s. ISBN 978-807-3873-479.

89. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
90. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
91. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *ZÁKLADNÍ OTÁZKY KOMUNIKACE: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 9788072625994.
92. ŠPIČÁK, J., PULKERTOVIÁ, A., KRÁLOVÁ-LESNÁ, I. a kol. 2011. *Souběžný výskyt alkoholické jaterní cirhózy a chronické pankreatitidy*. Vnitřní lékařství. 2011, roč. 57, č. 12, s. 1045-1052. ISSN: 0042-773X.
93. ŠPIČÁK, J. a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 176-185, 396-398. ISBN 978-80-247-1783-8.
94. ŠPINAR, J. a kol. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 256 s. ISBN 978-80-247-1749-4.
95. TENNER S., BAILLIE J., de WITT J., VEGE S. S. *Management of Acute Pancreatitis*. Am J Gastroenterol. 2013; 108:1400–1415.
96. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ G. a MASTILIAKOVÁ D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-807-0135-532.
97. TRNA, J. a KALA Z. *Klinická pankreatologie*. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-3902-4.
98. URBÁNEK, T., DENGLEROVÁ, D., ŠIRŮČEK, J. *Psychometrika: Měření v psychologii*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-836-4.
99. Ústav zdravotnických informací a statistiky: Národní registr hrazených zdravotních služeb [online]. 2018 [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>
100. VACHEK, J., MOTÁŇ V., ZAKIJANOV O., HRNČIŘÍKOVÁ A., MOTÁŇ J., CIFERSKÁ H. a TESAŘ V. *Akutní stavy ve vnitřním lékařství*. 1. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-550-7.
101. VAŠ, Jan. *Emoce, které nám způsobují nemoci*. Vsetín: J.Vaš, 2006. ISBN 80-239-7232-4.

102. VEGE S. S., GARDNER T. B., CHARI S. T., a kol. *Low mortality and high morbidity in severe acute pancreatitis without organ failure: a case for revising the Atlanta classification to include "moderately severe acute pancreatitis"*. Am J Gastroenterol 2009;104:710-15.
103. VEREMEY. *Infographics nutrition in case of pancreatitis.: Healthy nutrition in case of the digestive system disorders* [online]. In: . 2018 [cit. 2018-05-10].
104. VODIČKA, J. a kol., *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN: 978-80-2462-512-6.
105. VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ (EDS.). *Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-5775-9.
106. VYSEKALOVÁ, Jitka. *Chování zákazníka: jak odkrýt tajemství "černé skříňky"*. Praha: Grada, 2011. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3528-3.
107. WEHLER, M. a kol. *Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Chronic Pancreatitis*. American Journal of Gastroenterology. 2004. 99/1, 138-146.
108. Wikipedia: Pocit [online]. 2017 [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Pocit&action=submit>
109. WITT, H., APTE, M. V., KEIM, V., WILSON, J. S. *Chronic Pancreatitis: Challenges and Advances in Pathogenesis, Genetics, Diagnosis and Therapy*. Gastroenterology. 2007, 132/4, 1557-1573.
110. ZÁBRANSKÝ, T., MIOVSKÝ, M., (2008). *Výzkum v adiktologii*. In: KALINA, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0. Str. 317-336.
111. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2.vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80- 247-2844-5.
112. ZADÁK, Z., HAVEL, E. a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
113. ZAZULA, R., WOHL P., WOHL P. *Hodnocení Metabolického a nutričního hodnocení stavu nemocných*. Medicína Pro Praxi. 2006, (1), 12-14.
114. ŽÁK, A. a PETRÁŠEK J. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén, spol., 2011. ISBN 978-80-7262-697-7.

Seznam použitých zkratek a znaků

AP – akutní pankreatitida

art. pH – arteriální potenciál vodíku

CTSI – počítačový tomografický index závažnosti

CT – počítačová tomografie

CRP – C-reaktivní protein (ukazatel zánětu)

ČR-ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

DR NRHZS – datové rozhraní Národního registru hrazených zdravotních služeb

DF – dechová frekvence

ERCP – endoskopicko-retrográdní cholangio-pankreatografie

EV – enterální výživa

FiO₂ – frakce kyslíku

ESPEN – doporučené postupy pro enterální výživu

GCS – Glasgow coma scale

Ht – hematokrit

HCO₃ – hydrogen uhličitán sodný

HRQOL – Spilkerův hierarchický model kategorií kvality života

JIP – jednotka intenzivní péče

K – draslík

l – litr (objemová jednotka)

Leu - leukocyt

MOFS – multiorgánové selhání

MRCP – cholangiopankreatografie

Na – sodík

NGS – nasogastrická sonda

NJS – nasojejunální sonda

P – puls

pO₂ – parciální tlak kyslíku

PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PV – parenterální výživa

SAT – saturace

SAPS – zjednodušené skóre akutní fyziologie

SIRS – systém zánětové odpovědi (sepsis)

S/P – pankreatická dieta

TT – tělesná teplota

WHO – světová zdravotnická organizace

WHOQOL-100 – standardizovaný dotazník zjišťující dopad problémů na kvalitu života pacienta

WHOQOL-BREF – zkrácená verze viz výše

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Datové rozhraní Národního registru hrazených zdravotních služeb (DR NRHZS)	14
Tabulka 2 – Charakteristika respondentů	45

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Slinivka břišní (pankreas) – anatomie	11
Obrázek 2 – Správná výživa v případě poruch trávicího ústrojí – akutní pankreatitida.....	26
Obrázek 3 – Maslowova pyramida potřeb	36

Seznam grafů

Graf 1 – Kategorie „Onemocnění“	52
Graf 2 – Kategorie „Psychické rozpoložení“	55
Graf 3 – Kategorie „Vlastní přístup“	58
Graf 4 – Kategorie „Přístup okolí“	63
Graf 5 – Kategorie „Životní styl“	66
Graf 6 – Kategorie „Plány“	71

Seznam příloh

Příloha 1 – Ransonovo skóre

Příloha 2 – APACHE II skóre

Příloha 3 – Glasgow skóre

Příloha 4 – Baltazarovo skóre akutní pankreatitidy

Příloha 5 – Souhlas pacienta s účastí na výzkumném šetření

Příloha 6 – Otázky k rozhovoru

Příloha 7 – Požadavek na analýzu dat NZIS

Příloha 8 – Čestné prohlášení konzultanta

Příloha 9 – Vzor žádosti o schválení kvalitativního šetření (rozhovor s probandy)

Příloha 1 – Ransonovo skóre

PŘI PŘIJETÍ		
PO 48 HODINÁCH	VĚK	> 55 let
	LEUKOCYTY	> 16 x 10 ⁹ /l
	GLYKÉMIE	> 11,1 mmol/l
	LDH	> 350 IU/l (5,8 µkat/l)
	AST	> 210 IU/l (3,5 µkat/l)
	POKLES HEMATOKRITU	> 10 %
	Ca	< 2 mmol/l
	BASE DEFICIT	> 5 mmol/l
	S-urea	> 16 mmol/l
	SEKVESTRACE TEKUTIN	> 6 litrů
	PaO2	< 60 mm Hg

Zdroj: Encyklopedie laboratorní medicíny (Frankeová, Jabor, 2007)

Příloha 2 – APACHE II skóre

	Body APS				
	0	1	2	3	4
Rektální teplota (°C)	36-38,4	38,5-38,9 nebo 34-35,9	32-33,9	39-40,9 nebo 30-31,9	41 a více nebo 29,9 a méně
Střední arteriální tlak (torr)	70-109		110-129 nebo 50-69	130-159	160 a více nebo 49 a méně
Poznámka 1					
Tepová frekvence (počet/min)	70-109		110-139 nebo 55-69	140-179 nebo 40-54	180 a více nebo 39 a méně
Dechová frekvence (počet/min)	12-24	25-34 nebo 10-11	6-9	35-49	50 a více nebo 5 a méně
Oxygenace	A-aDO ₂ < 200 a současně FIO ₂ ≥ 0,5 nebo PaO ₂ > 70 a současně FIO ₂ < 0,5	PaO ₂ 61-70 a současně FIO ₂ < 0,5	A-aDO ₂ 200-349 a současně FIO ₂ ≥ 0,5	A-aDO ₂ 350-499 a současně FIO ₂ ≥ 0,5 nebo PaO ₂ 55-60 a současně FIO ₂ < 0,5	A-aDO ₂ ≥ 500 a současně FIO ₂ ≥ 0,5 nebo PaO ₂ < 55 a současně FIO ₂ < 0,5

pH arteriální	7,33-7,49	7,5-7,59	7,25-7,32	7,6-7,69 nebo 7,15-7,24	7,7 a vyšší nebo pod 7,15
Poznámka 2					
Na v séru (mmol/l)	130-149	150-154	155-159 nebo 120-129	160-179 nebo 111-119	180 a více nebo 110 a méně
K v séru (mmol/l)	3,5-5,4	5,5-5,9 nebo 3,0-3,4	2,5-2,9	6,0-6,9	7 a více nebo pod 2,5
Kreatinin (μmol/l)	53-132, není akutní renální selhání		133-176, není akutní renální selhání nebo pod 53, není akutní renální selhání	177-309, není akutní renální selhání	310 a více, není akutní renální selhání
Poznámka 3					
Hematokrit (l)	0,30-0,459	0,46-0,499	0,50-0,599 nebo 0,20-0,299		0,60 a více nebo pod 0,20
Leukocyty (.10⁹/l)	3-14,9	15-19,9	20-39,9 nebo 1-2,9		40 a více nebo pod 1,0

Zdroj: Encyklopedie laboratorní medicíny (Frankeová, Jabor, 2007)

Poznámka 1

střední arteriální tlak = ((systolic blood pressure)+ (2 * (diastolic pressure))) / 2

Poznámka 2

Existuje konverze pro situaci, že není k dispozici hodnota pH, ale pouze hydrogenkarbonát (bikarbonát) v séru. Tato praxe, typická pro biochemické analyzáto

používané ve Spojených státech, v našich zemích nepřichází v úvahu, a proto tuto konverzi skóre neuvádíme.

Poznámka 3

Z přiřazení bodových hodnot vyplývá, že skóre pro kreatinin se zdvojnásobuje v případě akutního renálního selhání.

Bodové skóre věku pro výpočet skóre APACHE II

	Body pro skóre věku				
	0	2	3	5	6
Věk (roky)	44 a méně	45-54	55-64	65-74	75 a více

Zdroj: Encyklopedie laboratorní medicíny (Frankeová, Jabor, 2007)

Příloha 3 – Glasgow skóre

VĚK	> 55 let
LEUKOCYTY	> 15 x 10 ⁹ /l
GLYKÉMIE	> 10 mmol/l
S-urea	> 16 mmol/l
AST	> 100 IU/l (1,66 µkat/l)
LDH	> 600 IU/l (9,96 µkat/l)
PaO₂	< 60 mmHg
Ca	< 2 mmol/l

Zdroj: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/AJFGC.htm>

Příloha 4 – Baltazarovo skóre akutní pankreatitidy

NATIVNÍ CT	SKÓRE
A – normální pankreas	0
B – fokální, nebo difúzní zvětšení pankreatu	1
C – nehomogenní pankreas či peripankreatický zánět	2
D – zvětšený pankreas s kolekcí tekutiny v předním paralelním prostoru	3
E – kolekce tekutiny alespoň ve dvou kompartmentech	4
CT S KONTRASTNÍ LÁTKOU	SKÓRE
Nekróza 0 %	0
Nekróza 30 % a méně	2
Nekróza 30-50 %	4
Nekróza nad 50 %	6
CT stupeň (0-4) + nekróza (0-6) = celkové skóre	

Zdroj: Ueda, T., Takeyama, Y., Yasuda, T. et al.: Simple scoring system for the prediction of the prognosis of severe acute pancreatitis. Surgery, 141, 2007, s. 51-58.



INFORMACE PRO ÚČASTNÍKA KLINICKÉHO VÝZKUMU

„PICS“ (POST- INTENSIVE CARE SYNDROME)

Vážená paní / Vážený pane,

děkujeme Vám, že se zajímáte o účast v klinickém výzkumu **PICS**.

Dříve než se rozhodnete, zda se našeho sledování nadále zúčastníte, rádi bychom, abyste se seznámil/a s maximem informací o průběhu a cílech tohoto sledování. Oslovili jsme právě Vás proto, že jste léčen pro závažné onemocnění (pankreatitida – zánět slinivky břišní) a v rámci hospitalizace jste se podrobil pobytu na JIP/ARO.

Cílem projektu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy je zhodnotit Vaší motivaci ke změně životního stylu pro ataku pankreatitidy, návrat do života a jeho následující kvalitu v souvislosti s vážným onemocněním a pobytem na JIP či ARO. Výsledky tohoto výzkumu budou klíčové pro další léčbu nemocných s tímto závažným onemocněním po celém světě.

Popis problematiky:

Pobyt v nemocničním zařízení je často spojen s nežádoucími zážitky a snížením kvality života pacientů a jejich rodin.

Cílem našeho výzkumu je nalézt a definovat tyto problémy, abychom do budoucna byli schopni zlepšit kvalitu poskytované péče na těchto odděleních a pozitivně tak ovlivnit kvalitu života, životní styl a tím ulehčit a zkvalitnit návrat do běžného života. Jedná se o ojedinělý projekt, kterého se účastní několik nemocnic v celé ČR.

Průběh klinického projektu:

Do klinického projektu může být zařazen každý nemocný nad 18 let hospitalizovaný na JIP/ARO. Před propuštěním domů budete požádáni o rozhovor s několika otázkami se všeobecnou sestrou, která se účastní projektu PICS 1. lékařské fakulty.

Konkrétně se jedná o polostrukturovaný rozhovor, při kterém budeme zjišťovat Váš názor na onemocnění, důvod Vaší hospitalizace, zda jste srozuměn s Vaším zdravotním stavem a rozumíte mu. Dále se Vás budeme ptát, jestli máte snahu o změnu svého životního stylu (práce, stres, životospráva, pohybový režim), který zřejmě způsobil Váš zdravotní stav a co jste schopni (ochotni) pro zlepšení vašeho zdravotního stavu změnit. Rozhovory budou s Vaším souhlasem nahrávány, díky čemuž dosáhneme kvalitnějšího záznamu získaných informací pro účely následné analýzy a transkripce.

Data, která jsme od Vás získali, budou zcela anonymně vyhodnocena a publikována v odborném tisku a v diplomové práci Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy.

Budu v tomto klinickém sledování dostávat nějaký experimentální lék či bude testován nějaký nový diagnostický anebo léčebný postup?

Žádný nový či experimentální lék podán nebude. Jedná se pouze o sběr dat a informací.

Je projekt navržený nebo sponzorovaný nějakou farmaceutickou firmou?

Ne, jedná se o nekomerční studii, projektovanou a řízenou klinickými pracovníky ve snaze o zvýšení úrovně znalostí a zlepšení současné léčebné péče. Z tohoto důvodu také není účast ve studii nijak honorována.

Jak je projekt řízen a kontrolována jeho bezpečnost?

Projekt je navržen a koordinován 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Praze. Tohoto projektu se účastní nemocnice z celé ČR.

Jak se stanu účastníkem projektu?

Kandidátem projektu je každý nemocný, který splňuje určená kritéria a jeho hospitalizace je spojena s pobytem na JIP či ARO.

Vás o účasti informujeme tímto dokumentem, o další účasti v projektu se můžete zcela dobrovolně rozhodnout sám, nebo ji kdykoliv ukončit.

Jsou s účastí v klinickém sledování spojena nějaká rizika?

Rizika nejsou žádná, jedná se o sběr dat pomocí rozhovoru. Tato studie je zcela dobrovolná a zcela anonymní.

Mám právo nahlížet do výsledků sledování a osobních výsledků?

Všechny získané výsledky v průběhu léčby, včetně podrobné informace o průběhu léčby, jsou zaznamenány ve Vaší dokumentaci a archivovány. Na požádání je možné do nich kdykoliv nahlédnout i s případným odborným vysvětlením. Vyšetření důležitá pro další léčbu a sledování budou součástí propouštěcí zprávy a s Vaším svolením budou poskytnuty Vašemu obvodnímu či spádovému lékaři. Všechny výsledky jsou chráněny ve smyslu zákona o ochranně osobních dat č. 101/2000Sb.

Nebudou v žádném případě poskytnuty žádné pojišťovně, Vašemu zaměstnavateli atd. Výsledky projektu budou výhradně k vědecko – výzkumným cílům v rámci tohoto klinického sledování. V žádné publikaci ani ve zprávě plynoucí z výsledků tohoto sledování nebude uvedeno Vaše jméno nebo osobní údaje, které by mohly vést k identifikaci Vaší osoby.

Jak bude s výsledky vyšetření nakládáno?

Výsledky klinického sledování budou po statistickém zpracování publikovány ve vědeckém tisku a přednášeny na vědeckých kongresech. V žádném případě však ve výsledcích nebude uvedeno Vaše jméno či jiné osobní identifikační údaje. Vše je anonymní.

Mohu svůj souhlas odvolat?

Souhlas s účastí v klinickém sledování Vás k ničemu nezavazuje a účast v klinickém sledování můžete samozřejmě kdykoliv ukončit bez udání důvodu.

Děkujeme Vám, že jste si prostudovali tento materiál. S jakýmkoliv nejasnostmi se neváhejte obrátit na Vašeho ošetřujícího lékaře nebo garanta projektu (Doc. MUDr. Jan Bělohávek PhD, II. Interní klinika VFN Praha). Pokud souhlasíte s další účastí v klinickém projektu, potvrďte ji svým podpisem na přiloženém dokumentu „Informovaný souhlas s účastí v klinickém výzkumu“:

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ V KLINICKÉM VÝZKUMU „PICS.“

Jsem podrobně seznámen s protokolem klinického projektu „PICS“ doporučeným a schváleným Etickou komisí nemocnice a v souladu se svým nejlepším svědomím souhlasím s účastí nemocného v projektu, což stvrzuji svým podpisem

Jméno a příjmení účastníka výzkumu

Podpis:

Datum a čas podpisu:

.....

.....

.....

Jméno a příjmení všeobecné sestry

Podpis:

Datum a čas podpis

.....

.....

.....

Příloha 6 – Otázky k rozhovoru

- 1.** Mohl/a byste mi prosím povyprávět od začátku, co se stalo? Co Vás přimělo k vyhledání lékaře? Co bylo příčinou?
- 2.** Když Vám lékař sdělil, že máte onemocnění „pankreatitidu“, jak jste reagoval? Co Vás napadlo jako první?
- 3.** Bylo Vám dopodrobna a srozumitelně vysvětleno toto onemocnění? Jak jste reagoval/a, když Vám lékař oznámil, že to je život ohrožující onemocnění, které nezbytně vyžaduje hospitalizaci?
- 4.** Mohl/a byste mi povyprávět o Vašem způsobu života? Jakou máte pracovní dobu, kde pracujete, je Vaše zaměstnání psychicky i fyzicky náročné?
- 5.** Myslíte si, že špatný zdravý životní styl, nesprávná životospráva, alkohol, drogy, psychická a fyzická zátěž mohou způsobit toto onemocnění? Nebo Vás napadl jiný spouštěč?
- 6.** Co je podle Vás zdravý životní styl? Kvalita života?
- 7.** Jaká byla reakce Vaší rodiny, když jste musel/a být hospitalizován?
- 8.** Co byste chtěl/a do budoucna změnit? Je vůbec něco, co byste chtěl/a změnit? Vedlo vás toto onemocnění k zamyšlení nad současným stylem života nebo jste nad tím vůbec neuvažoval/a? Pokud chcete něco změnit, co vás k tomu vede, co je vaší motivací?
- 9.** Myslíte si, že když jste překonal/a toto onemocnění, že máte tzv. „vyhráno“? Nebo máte strach, že se toto onemocnění vrátí?
- 10.** Bylo Vám dostatečně řečeno, že se musíte vyvarovat alkoholu, zvýšenému stresu, nesprávné životosprávě? Pokud jste porozuměl/a, mohl/a byste mi říct, co proto uděláte? Čím začnete jako první?

Příloha 7 – Požadavek na analýzu dat NZIS

Požadavek na analýzu dat z Národního zdravotnického informačního systému (NZIS)

Žadatel – vyplňte pouze zvýrazněnou část

Příjmení, jméno, titul (v případě žádosti studenta vyplňuje školitel): Mgr.Daniela Srpová		Název NZIS: 071 Registr intenzivní péče RIP	
Název firmy/subjektu a adresa: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Kateřinská 1660/32 121 08 Praha 2		E-mail: [REDACTED] Telefon: [REDACTED]	
Zpracovávané období: rok 2008 - 2018		Území: ČR	Datum zadání: 15.10.2018
Specifikace požadavku: Analýza dat bude sloužit jako podklad k diplomové práci..			
Stručný popis účelu analýzy - projektový záměr: Výsledky analýzy dat, budou zveřejněny v diplomové práci v kapitole Incidence a mortalita onemocnění akutní pankreatitidy. Ráda bych požádala o poskytnutí dat onemocnění pankreatitidy - onemocnění u mužů a žen, kdo je více nemocen touto nemocí, jejich věkové rozmezí, úspěšná léčba a úmrtnost. .			
Popis předpokládaného, zejména publikačního využití výstupů analýzy dat: Výsledky analýzy dat, budou zveřejněny v diplomové práci v kapitole Incidence a mortalita onemocnění akutní pankreatitidy..			
Cíle práce: Cílem diplomové práce je motivovat pacienty ke změně životního stylu, edukovat o prevenci vzniku akutní pankreatitidy a uvést nejčastější příčiny vzniku tohoto onemocnění.			
Pokud jsou data využita pro plnění grantu, pak uveďte jeho oficiální název, sponzora a řešitele:			
(Požadované výstupy nebudou použity pro komerční účely).			
Jazyk výstupu: CZ	Formát výstupu: MS Word	Typ výstupu: ostatní	Kontakt: [REDACTED] Podpis žadatele nebo statutárního zástupce: [REDACTED]

Zpracovatel

Datum převzetí:	Příjmení a jméno:	Forma: vyberte
Předáno komu:	Datum předání:	
Číslo předávacího protokolu:		

Příloha 8 – Čestné prohlášení konzultanta



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ KONZULTANTA

Jméno konzultanta: MUDr. Tomáš Větrovský
Pracoviště konzultanta: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Katedra fyziologie a biochemie
Student: Bc. Markéta Sukovičová, DiS.
Téma diplomové práce: Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy
Obor studia: Navazující magisterské studium intenzivní péče

Tímto čestně prohlašuji, že:

Jsem si kvalifikační práci přečetl/a v její konečné podobě, a to ve verzi ze dne 11. 5. 2020

Souhlasím / Nesouhlasím s uvedením své osoby jako konzultanta u této práce.

K práci uvádím následující připomínky: ŽÁDNÉ

V Praze, dne 11. 5. 2020

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
I. lékařská fakulta Univerzita Karlova
Na Bojišti 1771/1, 120 00 Praha 2
Tel.: 224 961 111
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208

Příloha 9 – Vzor žádosti o schválení kvalitativního šetření (rozhovor s respondenty)

Vážená paní
XY
Hlavní sestra

Věc: Žádost o kvalitativní šetření (rozhovor s respondenty)

Jmenuji se Bc. Markéta Sukovičová, DiS., a jsem studentkou 1. LF UK, 2. ročníku navazujícího magisterského studia v oboru Intenzivní péče. Ráda bych provedla v rámci mé diplomové práce na chirurgickém oddělení anonymní kvalitativní šetření formou rozhovoru na téma: Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy. V rámci šetření se budu řídit dle zákona č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů a dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Předem děkuji za odpověď

S pozdravem Bc. Markéta Sukovičová, DiS.

Schvaluji provedení výzkumného šetření

V Praze dne:

Jméno a podpis:

Kateřinská 32, Praha 2

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]